Nr. 46. 12. listopada 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

Kruchość kości u oseska kiłowego.

Ze szpitala Karola i Marji dla Dzieci w Warszawie.
Dyrektor: Prof. Dr. Władysław Szenajch.

Jerzy J. Nr. prot. 31848, dziecko miejskie, 9-o miesięczne, przybywa do szpitala dnia 18 lutego 1933 r. spowodu od 3 tygodni zauważonych przez matkę objawów upośledzenia ruchów w kończynach górnych i dolnych. Ponieważ kończyny wykazywały obrzęki i dziecko płakało z bólu przy poruszaniu, matka podejrzewała złamanie kości. Mimo to chirurg, który dziecko w ostatnich 3 tygodniach dwukrotnie ambulatoryjnie badał, uznał obawy matki za bezpodstawne.

Wywiady dziecka podają, że rozwijało się ono powoli, karmione sztucznie, dotąd nie siadało bez oparcia i nie chodziło, od urodzenia miało sapkę i dużo bez powodu krzyczało. Od 3-go miesiąca życia leczy się stale bez poprawy na klinice dziecięcej spowodu objawów niestrawności rzekomo związanych z brakiem witamin i z krzywicą.

Wywiady rodzinne stwierdzają, że oboje rodzice dziecka są zdrowi, dwoje rodzeństwa w domu zdrowych. Matka nie roniła. Babka dziecka po kądzieli rodziła 12 razy, z tego 8 dzieci zmarło w 1 roku życia. Matka dziecka nie przedstawia stygmatów kiłowych poza wyraźną asymetrją palców rąk. Odczyn Wassermanna we krwi matki wybitnie dodatni (+++).

Badanie dziecka stwierdza: dziecko przytomne. Znaczny upadek sil; wybitne schudnięcie i obniżenie wagi (6 kg zamiast 9.200) i nieznaczne zahamowanie wzrostu 68 cm (zam. 71 cm t. j. 4,2% odchylenia). W szczęce dolnej 2 zęby. Obwód czaszki 46 cm, duże ciemiączko szeroko otwarte (12 × 7). Kości czaszki uginają się przy uciskaniu *(craniotabes)*. Rozmiękczenie i ścieńczenie bocznych części kości potylicznej i tylno-dolnych części kości skroniowych. Brak szkaplerza krzywiczego klatki piersiowej. Kości długie wykazują zgrubienia części przysadowej i liczne złamania (Dr. Wiśniewski). Rentgenogramy stwierdzają złamania obu ramion, złamanie lewej kości strzałkowej, lewego uda, stare złamanie prawej kości promieniowej, nadłamanie lewej piszczeli i lewej kości strzałkowej. Rozszerzenie części przysadowych, nieostre postrzępione zakończenie trzonów o typie krzywicowym. Zapalenie okostnej obu kości piszczelowych.

Palce rąk wykazują wyraźną asymetrję. Skóra blada, ciepłota podgorączkowa 37,2°—38,2°. Odczyn Pirqueta ujemny, na luotest ujemny. Żyły na czaszce, na grzbiecie nosa, na klatce piersiowej i na brzuchu wyraźnie rozszerzone. Brzuch 45 cm w obwodzie, wielki, o wypuklonym pępku, wiotki. Gruczoły pod pachą wielkości grochu, w pachwinach wielkości fasoli. Dziecko naogół niespokojne i pobudliwe, w nocy dużo krzyczy. Błona śluzowa ust blada. Tętno 120. Tony serca czyste. W płucach rozsiany nieżyt oskrzeli. Apetyt dość dobry. Wątroba 4 palce, śledziona 2 palce pod łukiem żebrowym macalne, dość twarde.

W moczu do 10 leukocytów w polu widzenia. We krwi: Hemoglobiny 40% (Sahli). Czerwonych ciałek 3,390.000. Białych ciałek 9,400. Anizocytoza, poikilocytoza, polichromatofilja. Pałeczkowatych 20%. Segmentowanych 6%. Kwasochłonnych 2%. Myeloblastów 2%. Monocytów 8%. Limfocytów 54%. Normoblastów 5%. Postaci Türka 3%. Refraktometr. 1,3489. Białka 7.5%. Wapnia 10 mg %. Odczyny Wassermanna i cytocholowe we krwi i w płynie mózgowym ujemne.

Przebieg choroby. Celem leczenia miejscowego złamań kostnych, zastosowano do wszystkich kości wyciąg plastrowy (Dr. Wiśniewski) tak, że dziecko przez 5 tyg. pozostawało unieruchomione w pozycji wiszącej. Oprócz tego podawano przez ten czas kalomel (0,01), stowarsol (0,03), jodek potasu, a od 24. III. zastrzyki nowarsenobenzolu (6 razy) w odstępach 6-dniowych po 0,12 śródmięśniowo. Bizmutu nie podawaliśmy, uważając anemję dziecka za przeciwwskazanie. Leczenie swoiste wspierała opoterapja w postaci pastylek z wyciągiem gruczołu przytarczowego i tarczycy oraz środek przeciwkrzywiczy pod formą sterogylu, a potem wigantolu.

Po zdjęciu wyciągu stało się możliwem leczenie dziecka naświetlaniem lampą kwarcową (30 naświetlań) oraz częstem werandowaniem na słońcu *(therapia adjuvans)*. Po 5 tygodniach leczenia stwierdzono zrośnięcie wszystkich złamań, cofnięcie się obrzęku śledziony, wątroby i gruczołów, podniesienie się poziomu hemoglobiny do 50% ze stopniową poprawą wzoru krwi t. j. ze zniknięciem normoblastów i komórek Türka. Dziecku w przeciągu miesiąca przybyło 2 kg na wadze i przy ogólnym nadspodziewanym powrocie do normalnego zdrowego wyglądu, opuściło szpital dnia 22. V. 1933 w stanie zupełnego wyleczenia z ujemnym wynikiem badania klinicznego i laboratoryjnego.

Rozpoznanie nasze brzmiało: Kruchość kości z samorodnem wielorakiem złamaniem — u dziecka krzywiczego i kiłowego. Zespół śledzionowo-gruczołowo-anemiczny.

Zdajemy sobie sprawę, że powyższy łańcuch rozpoznania nie jest wolny od pewnej nieścisłości w swojem ogniwie etjologicznem i niedość decydująco rozstrzyga, w jakim stopniu przyczyną opisanej kruchości kości u oseska była kiła, a w jakim krzywica. Czytelnik nie znajduje precyzyjnej odpowiedzi, dlaczego osesek uległ wielorakiemu, samorodnemu złamaniu kości długich, czy mianowicie spowodu krzywicy, czy spowodu kiły. W obronie naszego stanowiska powiedzieć możemy z Corvisartem, że „lekarz winien być raczej obserwatorem, niż konfidentem przyrody. Natura bowiem w większości swoich zjawisk, a specjalnie w chorobie, zwykła się ukrywać".

Jeżeli rozpoznanie krzywicy opierało się na opinji biegłego rentgenologa, to niemniej rozpoznanie konstytucji kiłowej dziecka miało swoje uzasadnienie anamnestyczne, kliniczne i laboratoryjne.

1. I tak, wywiady stwierdzają, że matka dziecka ma wybitnie dodatni odczyn Wassermanna we krwi i jakkolwiek sama wolna od uchwytnych zmian klinicznych kiły, jest córką osoby, która 12 razy rodziła, w tem 8 dzieci straciła w 1 roku życia. Tak nadmierna płodność, jak i nadmierna umieralność noworodków *(polinatalitas* i *poliletalitas)* są ustalonemi cechami, właściwemi zakażeniu kiłowemu. Skąpość stygmatów kiłowych matki dziecka przy wybitnie dodatnim odczynie serologicznym krwi nie podważa realności zakażenia kiłowego matki. Anamneza rodzinna przemawia za zachodzącem w naszym przypadku zakażeniem kiłowem oseska w drugiem pokoleniu po kądzieli.

2. Anamneza dziecka wspomina o sapce od urodzenia, znamiennej dla kiły, o hipotrofji oraz o zaburzeniach trawienia, które tak często współistnieją u dzieci kiłowych.

3. Że konstytucja oseska naszego była kiłowa, dowodzą stygmata, za które — prócz wspomnianej anamnestycznie sapki — uważać należy: rozmiękczenie kości czaszki, t. zw. *craniotabes*, krzyk dziecka „bez uchwytnej przyczyny" (objaw Sisto), rozszerzenie żył na głowie, na grzbiecie nosa, na piersiach i na brzuchu, którego obwód jest powiększony *(macrosplanchia luetica)* i wykazuje współistnienie przepukliny pępkowej. I rozszerzenie żył i powiększenie brzucha z przepukliną uważać można za objaw t. zw. elastopatji, znamiennej skazy w kile wrodzonej w związku z niedomogą przysadki (Mikułowski). Za dyskretny stygmat kiły uważam również objaw asymetrji palców (Mikułowski). Wreszcie rolę stygmatu bardzo ważnego w wieku oseska odgrywa obrzęk śledziony (Marfan). Słynna „triada Hutchinsona" jest rzadka. Przeciwnie, jeden objaw izolowany, jak zez, amorfizm zębowy, czy *craniotabes* jest bardzo częsty i Gaucher dużo razy, na podstawie jednego z tych objawów, rozpoznawał kiłę i trafnie rozpoznawał, jak to później stwierdzały zazwyczaj wywiady, odczyny humoralne, badanie rodzeństwa, czy leczenie swoiste (Gougerot).

Obserwowany w przypadku naszym zespół anemiczny gruczołowo-śledzionowo-wątrobowy, który towarzyszył zmianom kostnym i który nie ustępował na skutek uprzedniego leczenia witaminowego, był znamienny dla kiły wrodzonej oseska. Wystarczy przeczytać jakąkolwiek historję choroby t. zw. *osteochondritis* czy *periostitis luetica*, aby się przekonać, z jaką nieuniknioną regularnością towarzyszyć zwykł osteopatji kiłowej zespół anemiczno-śledzionowo-gruczołowy.

4. Okoliczność, że dziecko w przeciągu 5 tygodni zostało wyleczone pod względem chirurgicznym i wewnętrznym z cięż-

kiego stanu chorobowego przez energiczne rychłe zastosowanie — obok wyciągu — leczenia swoistego, opoterapeutycznego i witaminowego — upoważnia do wniosku, że jednak rola, przypadająca środkom przeciwkiłowym, nietylko dopisywała wartościowo innym środkom, ale je przewyższała. Należy bowiem uwzględnić, że dziecko już przed przybyciem do szpitala było spowodu niedomagań ogólnych leczone przeciwkrzywiczemi witaminami, jednak bez rezultatu leczniczego i bez efektu profilaktycznego. Leczenie lampą kwarcową, jak wyżej wspomniano, było stosowane już po upływie 5 tygodni, jako dopełnienie kuracji. Fakt więc skuteczności leczenia przeciwkiłowego w naszym przypadku nietylko nie ulega wątpliwości, ale może służyć również za argument świadczący o realności kiłowego zakażenia chorego oseska. Nie przesądza to oczywiście, w jakim stopniu *primum movens* osteopatji była kiła, a w jakim krzywica.

Nie należy zapominać, że pomiędzy krzywicą a kiłą kostną muszą zachodzić, oprócz różnic, także liczne podobieństwa, skoro oddawna, t. j. od Parrota (1879) istnieją tendencje ku skumulowaniu tych obu schorzeń. W przypadku opisanej osteopatji diagnoza pod względem symptomatycznym, anatomo-fizjologicznym, etjologicznym i radjologicznym ograniczała się do różniczkowania krzywicy i kiły. Jakkolwiek istniała w przypadku naszym patologiczna kruchość kości, to jednak mieliśmy prawo odrzucić jednostkę chorobową, opisaną w r. 1829 przez Lobsteina, jako t. zw. *Osteopsathyrosis*, ponieważ od tego czasu zdołali inni autorowie dorzucić szereg objawów, jak błękitne zabarwienie twardówek, głuchotę, dziedziczność, rodzinność, których to warunków brak było w naszym przypadku.

Dla braku objawów mieliśmy także prawo odrzucić chorobę Barlowa, czyli skorbut dziecięcy. Ewolucja tej choroby jest powolna. Dziąsła dotknięte są obrzękami i krwotokami; rentgenologicznie nie była uchwytna ani zbita szeroka strefa czasowego zwapnienia, ani boczne „ostrogi", ani krwotoki przy brzegach trzonów kości. Pozatem nie udowodniono, aby dziecko cierpiało na brak (*„carence"*) substancyj przeciwgnilcowych.

Na korzyść rozpoznania krzywicy przemawiały warunki choroby, jak: wiek dziecka, t. j. drugie półrocze życia, brak pokarmu macierzyńskiego. Kości dziecka były jak w krzywicy, kruche, miękkie, a rentgenogram kości długich stwierdzał utratę na ostrości cienia strefy przygotowawczego zwapnienia. Strefa ta połamana w przerwach, konfiguracja końców przysad w kształcie kielicha i o charakterystycznym typie grzebieniowatym. Odczyny okostne, nawet ogólne, są często spotykanem zjawiskiem w krzywicy.

Objaw odnowy uchwytnej rentgenologicznie, polegającej na tem, że nieregularne kontury strefy przygotowanego zwapnienia stały się gładsze po stronie zbliżonej do chrząstki, przemawia również za krzywicą.

Złamania w przebiegu krzywicy dotyczą najczęściej obojczyka. W naszym przypadku są one, jak na krzywicę, za ogólne i za wczesne.

Za możliwością kiłowej etjologji cierpienia kostnego może przemawiać — poza argumentem notorycznie znanego polimorfizmu kiłowego — także wykazana wyżej realność konstytucji kiłowej naszego oseska. Brak natomiast faktów, które uprawniałyby do rozpoznawania którejkolwiek z typowych dla wczesnego wieku dziecięcego osteopatyj kiłowych. W szczególności rentgenogramy kości długich nie pozwalają rentgenologowi na rozpoznanie zapalenia chrząstno-kostnego (*osteochondritis*), w którem strefa czasowego zwapnienia jest — w odróżnieniu od krzywicy — lita i szeroka. Obserwowane *periostitis* towarzyszy w przebiegu kiły zazwyczaj posuniętym zmianom zapalenia chrząstno-kostnego, jakkolwiek Schneider obserwował przypadki, w których było tylko samo *periostitis* bez *osteochondritis*. W przypadku naszym odczyn okostny przy współistniejącej krzywicy najwyraźniej zaznacza się na kości piszczelowej, a *„tibia c'est l'os chéri"* autorów francuskich — w kile. Istnieje jeszcze postać, opisana przez Péhu, jako *raréfaction osseuse*, nazwana przez Picka *osteomyelitis rarefaciens fibrosa*, a przez Josepha i Leesera — *osteomyelitis syphilitica*, która, zdaniem niektórych autorów, jest istotną przyczyną t. zw. *craniotabes*. Otóż, plamy wielkości główki od szpilki lub soczewicy, ogniska rozrzedzeniowe bez pierścienia zagęszczenia sąsiedniego, ogniska, które, *notabene*, pod wpływem kuracji specyficznej błyskawicznie szybko ustępują, może rentgenolog łatwo przeoczyć, tem bardziej, że ta jednostka chorobowa wogóle niedawno dopiero zwróciła uwagę specjalistów i jest przedmiotem dyskusji. Jeżeli na domysł o tej jednostce w stosunku do kości długich naprowadzać nas może przez analogję wspomniane „rozrzedzenie" kości czaszkowych, to znowu fakt wielorakich złamań kości długich nasuwać może w formie domysłu myśl o postaci kościogubnej (destruktywnej, osteoklastycznej), o rodzaju rozrzedzenia, osteoporozy kiłowej niedość łatwo pod względem rentgenologicznym uchwytnej. Niewszystkie zmiany kostne i nie w każdym momencie choroby są łatwo rentgenologicznie dostrzegalne. Jeżeli powszechnie za rozpoznawczo łatwą dla rentgenologa uchodzi *osteochondritis*, to niemniej Mc Lean opisuje szereg przypadków niewątpliwej *osteochondritis*, której „rentgenogramy, jako *negative for osseus syphilis*", wykonane przez bardzo doświadczonego rentgenologa, uszły jego uwagi. A cóż dopiero mówić na temat rozpoznania radjologicznego *osteomyelitis?* Jest ono bardzo trudne zdaniem G. i B. Petges'a i Beaumont'a.

W. Grävinghoff opisuje świeżo w Jhrb. f. Kindh. w r. 1933 nowe dyskretne objawy rentgenologiczne kiły wrodzonej szkieletu w postaci delikatnych cieniów dodatkowych substancji korowej kości długich, zwykle symetrycznych, delikatnych nadbrzeżnych cieniów na stępie, w postaci zagęszczeń substancji gąbczastej i w formie cieniów u krawędzi kości biodrowych. Autor powołuje się na badania kontrolne innych autorów.

Kuntzen demonstrował w Lipskiem Tow. Lek. w r. 1931 przypadek złamania samoistnego kości długich u kiłowych na tle kruchości kości i podkreślał, że sprawa ta przebiegała bez klinicznie i rentgenologicznie uchwytnych ognisk chorobowych. Postać złamania samoistnego odpowiadała nie zwyczajnej postaci patologicznej fraktury, lecz raczej czystej urazowej postaci złamania, co ma ważne znaczenie ze stanowiska sądowo-lekarskiego. Referent podkreślał trudności, jakie w dwu takich przypadkach napotykało orzeczenie sądowo-lekarskie.

Péhu nastawał na podobieństwo między pewnemi typami *periostitis* natury kiłowej a zgrubieniem krzywiczem trzonu kości. Histologiczne *periostitis* polega na dwu zasadniczych procesach: na resorbcji kostnej, powodującej rozrzedzenie kości, oraz na nowem tworzeniu kości naogół o typie bardzo wczesnym embrjonalnym. Mc Lean zgadza się z konkluzją Péhu, że „mechanizm patogenetyczny kiły wrodzonej stawia nas wobec serji problemów, które wciąż jeszcze czekają swego rozwiązania".

Tenże Péhu stwierdza, że „problem stosunku kiły i krzywicy jest niesłychanie delikatny, a radjografja nie rozwiązuje go". I w jednej i w drugiej chorobie proces dotyczyć może wszystkich punktów kostnienia, więc chrząstki, strefy czasowego zwapnienia, okostnej i szpiku. Mimo że dziecko ma już 9 miesięcy, jego głowa nosi cechy czaszki tabetycznej, którą obserwuje się przedewszystkiem w pierwszych miesiącach życia, naogół przed 8-m miesiącem życia". Spotyka się ją, zdaniem Hutinela „w ciężkich postaciach krzywicy zazwyczaj z równoczesną kiłą wrodzoną". Kiłę kości we wczesnem dzieciństwie zmuszeni jesteśmy często, bez względu na ostateczny rezultat, różniczkować z krzywicą, jak w drugiem dzieciństwie kiła kości bywa objawowo podobna w sposób łudzący do gruźlicy (Lance i Hue).

Jak krzywica pod względem kostnym wykazuje szereg podobieństw z kiłą, tak objawy ogólne, niekostne krzywicy imitować mogą kiłę. Do tych objawów należą nietylko zespoły anemiczne, ale także tak banalne objawy, jak krzywicze powiększenie i zwiotczenie brzucha, t. zw. *ventre de batracien*. Wiadomo, że ten wielki brzuch, jako wyraz elastopatji, jest również częstym objawem dzieci kiłowych, podobnie jak obserwowane u naszego chorego rozszerzenie żył na głowie. Współistnienie krzywicy z kiłą jest tak częste, a granica niektórych objawów jest tak dyskretna, że niepodobna do każdego przypadku zastosować schematu, który rozstrzygałby bez apelacji, gdzie się kończy kiła, a gdzie zaczyna się krzywica, jak nie umiemy ustalić, w jakim stopniu t. zw. *adenopathia* tchawiczooskrzelowa jest schorzeniem umiejscowionem w samych gruczołach, a w jakim równocześnie w miąższu płucnym (Mikułowski), albo jak nie umiemy rozstrzygnąć naukowo, w którem miejscu neurastenja staje się psychozą, leukocytoza staje się leukemją i t. p. Rozpoznanie różniczkowe zmian skórnych kiłowych guzków, owrzodzeń, rozpadlin (ragadów) z zakażeniami skórnemi dziecięcemi, jak liszaje, ropne zapalenie skóry, rumień (*erythema*), niesztowice (*ecthyma*), wyprysk, szczególnie rumień guzkowy, *„érosive syphiloide Jacquet"* jest często źródłem wielkich wątpliwości, które staramy się usunąć przez anamnezę lub przez badanie serologiczne matki.

Ponieważ najkrytyczniejsi autorowie dopatrują się bliskiego podobieństwa między krzywicą i kiłą, i ponieważ w naszym przypadku mimo stwierdzonej rentgenologicznie krzywicy kości długich, fakt współistniejącej nadmiernej łamliwości kości, uleczalnej swoiście, a nieuleczalnej mimo uprzedniej profilaksji przeciwkrzywiczej, nie tłumaczy się dostatecznie samą etjologją rachityczną, uważamy okoliczność równoczesnej kiły konstytucjonalnej dziecka za równorzędny moment etjologiczny osteopatji, nie przesądzając, przy braku kontroli histopatologicznej o jaką

jednostkę anatomiczną schorzenia kości chodzi. To eklektyczne stanowisko w stosunku do przypadku wydaje się nam, ze względów na syntezę rozpoznawczą i efekt leczniczy, bardziej fortunne, niż punkt widzenia, jaki zajął do swojego przypadku kruchości kości autor włoski, rentgenolog Correra. Autor ten opisuje u 20-letniego pacjenta przypadek *osteopsathyrosis*, która rozpoczęła się w 3 roku życia. Autor wypowiada się za związkiem przyczynowym ze schorzeniem gruczołowo-wydzielniczem grasicy, różniczkuje cierpienie z krzywicą, rozmiękczeniem (osteomalacją), rozrzedzeniem (osteoporozą), achondroplazją, wnioskuje o nieuleczalności — *la terapia è quasi disarmata* — a przechodzi do porządku dziennego nad różniczkowaniem rozpoznawczem i leczniczem kiły, jakkolwiek pacjent ma wybitnie dodatni odczyn Wassermanna i nie jest wykluczone, że *eo ipso* ma kiłę nabytą albo wrodzoną.

Przypadek nasz jest przyczynkiem do zagadnienia kiły utajonej t. j. nieuchwytnej serologicznie lub anatomicznie. Że serologja w 80% w kile wrodzonej zawodzi, nie ulega już dziś wątpliwości. Na ostatnim Zjeździe Pedjatrów we Lwowie 1931, wygłosiliśmy odczyt na temat potrzeby rozróżniania w klinice kiły dziecięcej dwu postaci: jednej o objawach statycznych, anatomicznie łatwo uchwytnych, i drugiej postaci, bardziej ukrytej, o objawach raczej dynamicznych, trudniej uchwytnych, a niemniej realnych i bardzo ważnych, których anatomja patologiczna należy do przyszłości. Jeżeli w przypadku naszym brak jest potwierdzenia rentgenologicznego zmian anatomicznych kiły statycznej, to nie brak jest argumentów przemawiających za realnością kiły dynamicznej. Jednym z fundamentalnych argumentów potrzeby t. zw. profilaksji kiły wrodzonej i leczenia kobiety ciężarnej jest częstość kiły utajonej u kobiety. Badanie matki ujemne, a jednak krętek ulokowany w głębokich narządach ulega reaktywacji pod wpływem ciąży i powoduje u dziecka zmiany *in utero*, a potem tuż po urodzeniu lub w pierwszych latach życia.

W świetle powyższych rozważań rozpoznawczych zastosowaliśmy logicznie leczenie, którego celem było zadziałać szybko, mocno i racjonalnie. Szybkości postępowania wymagał katastrofalnie ciężki stan choroby, której rozwojowi sprzyjał uprzedni brak rozpoznania i brak leczenia. Należało szybko zorjentować się, że samo leczenie przeciwkrzywicze przy braku rozpoznania chirurgicznego i braku rozpoznania kiły nie dawało żadnego widoku leczniczego. Należało, aby mimo niehumoralnego typu kiły postępowanie lecznicze było mocne i wielorakie (plurimedykamentalne) pod względem leczenia swoistego, bo tego nauczyło nas doświadczenie w klinice kiły dziecięcej, zgodnie z doświadczeniem szkoły Gougerota i Miliana. Trzeba było, aby postępowanie było racjonalne, t. j. o ile możności kompletne, a więc, w związku z eklektywnym charakterem naszego rozpoznania, nietylko miejscowo chirurgiczne, nietylko przeciwkrzywicze i przeciwkiłowe, ale także endokrynalne. Doświadczenie zdobyte w klinice kiły wrodzonej nauczyło nas, jak często samo leczenie swoiste, nawet intensywne i wielorakie pod względem środków, okazuje się niewystarczającem bez równoczesnego zastosowania opoterapji wielogruczołowej. Było to tem bardziej wskazane, że przy dzisiejszym stanie nauki niepodobna wykluczyć, przy zespole tego rodzaju kruchości kości — współuczestnictwa gruczołów dokrewnych. Gruczoły dokrewne zakażone są źródłem zaburzeń gospodarki wapniowej w ustroju. Hutinel i Stévenin we Francji, my w Polsce (Pos. Pol. Tow. Pedj. w Warszawie) nastają słusznie na częstość zaburzeń wielogruczołowych układu dokrewnego u dzieci z kiłą wrodzoną i wnioskują o koniecznej potrzebie łączenia leczenia swoistego z opoterapją wielogruczołową. Gougerot powiada, że był setki razy zaskoczony przez działanie opoterapji wielogruczołowej tam, gdzie samo leczenie arszenikowe zawodziło. Dopiero pod wpływem opoterapji zaczął działać leczniczo arsenobenzol tak na objawy kliniczne, jak i na odczyn Wassermanna.

Streszczenie.

Opis przypadku kruchości kości z samorodnem wielorakiem złamaniem kości długich u oseska w 9-m miesiącu życia.

Osesek był przedtem leczony na krzywicę bezskutecznie. Ponieważ matka dziecka ma kiłę, a osesek z osteopatją przedstawia, oprócz stygmatów kiłowych, bardzo ciężki zespół anemiczny z obrzękiem śledziony, rozpoznano eklektycznie, mimo ujemnych w kierunku kiły, a dodatnich w kierunku krzywicy klisz rentgenologicznych, współistnienie z krzywicą zakażenia kiłowego gruczołów dokrewnych i zastosowano energiczne leczenie swoiste z opoterapją i z kuracją przeciwkrzywiczą. W przeciągu 5 tygodni osiągnięto nadspodziewanie dobry wynik leczniczy miejscowo i ogólnie.

Piśmiennictwo:

1) J. Comby: Arch. de méd. d. enfants. Janvier 1919. — 2) Correra Tomasso: La Radiologia medica. Vol. XIX. fas. 11, 1923. XI. — 3) Gougerot: Le traitement de la syphilis. Paris. 1927. — 4) Grävinghoff: Jrb. Kindh. 133. 189. 1931. — 5) V. Hutinel: Le terrain hérédo-syphilitique. Paris. Masson. 1926. — 6) Kuntzen: Mediz. Gesellsch. Leipzig. 15. Dez. 1931. — 7) L. Kwazebart i B. Rożnowska: Medycyna. Nr. 5, 6, 7. III. 1933. — 8) M. Labbé et G. Vitry: Précis de pathol. médicale. Paris. 1922. — 9) E. Lesué: Arch. de méd. d. enfts. 1920. — 10) Lobstein: Pathol. Anatomie. 1833. — 11) Stafford Mac Lean: Am. Journ. of dis. of Childr. p. 130, 152. 1931. — 12) E. Lesué, J. Hutinel, G. Dreyfus-Sée: Bull. Soc. de Péd. de Paris. 27. 377. Juil. 1929. — 13) Mikułowski Wł.: Pol. Gaz. Lek. Nr. 4 i 5. 1933; Przegl. Dermat. Nr. 4. 1932; Jhrb. f. Kindh. Bd. 140. 1933; Rev. fr. de Péd. T. VII. Nr. 5. 1931; Pol. Gaz. Lek. Nr. 41, 42. 1931. — 14) M. Péhu et M. Chassard: Le Journ. Méd. franc. p. 427. 1927. — 15) M. Péhu et Policard: Presse méd. 1931; Rev. franc. de Péd. 1929. — 16) E. P. Pendergass a. R. S. Bromer: Am. J. Roentgenol. 22. 1 July. 1929. — 17) G. et A. Petges et Beaumont: Presse Méd. Nr. 60, p. 1182. 1932. — 18) Schneider P.: Arch. f. path. Anat. 234. 95. 1921. — 19) Weil-Halle-Koang: Soc. de Péd. Fr. 17. III. 1931.

PRACE ORYGINALNE.

J. KOSTRZEWSKI. Kraków.

O zbawiennej postaci choroby posurowiczej.

Z oddz. chorób zakaźnych Państw. Szp. św. Łazarza w Krakowie.

Im szersze kręgi zataczało używanie swoistych surowic, im więcej i skwapliwiej je stosowano, tem częściej spotykano się z objawami, które zwracały uwagę na siebie i lekarzy i badaczy. Od samego początku nie było różnicy zdań co do tego, że spotykane objawy są następstwem stosowania surowic. Nie było natomiast zgody pod tym względem, w której to części składowej surowicy, czy w ciałach odpornościowych, czy nie w nich (przedewszystkiem jednak myślano o ciałach odpornościowych) leży przyczyna zjawisk nieoczekiwanych? Nieoczekiwanych dlatego, bo przecież nie o tego rodzaju działanie surowic chodziło w założeniu, z którego wyszło leczenie swoiste.

Upłynęło kilka lat na gromadzeniu spostrzeżeń, przeprowadzaniu badań doświadczalnych, urabianiu pojęć. Rzesze pracowników przy tem współdziałały. Wkońcu z nagromadzonych szczegółów scalono obraz choroby posurowiczej. Tak nazwano zespół objawów spotykanych w pewnym odsetku osób, którym wstrzyknięto surowicę. Nie będziemy wglądać w szczegóły obrazu choroby posurowiczej. Natomiast koniecznem jest pamiętać, że przychodzi do choroby posurowiczej, nie jak zrazu myślano w związku z ciałami odpornościowemi, ale łącznie z tem, że surowica swoista jest białkiem obcogatunkowem. Dlatego też jeśli chodzi o powodowanie choroby posurowiczej, surowica swoista nie różni się niczem od normalnej. Surowica normalna dla ustroju obojętną więc nie jest, choć inaczej głosi założenie leczenia odpornościowego. Ten pewnik uświadomiono sobie, jak widzimy, dopiero w kilka lat po zapoczątkowaniu stosowania surowic swoistych. Rzecz godna zastanowienia, że to niezwykle doniosłe odkrycie co do wpływu na ustrój białka obcogatunkowego wprowadzonego doń z ominięciem przewodu pokarmowego nie odbiło się do dziś dnia w niczem, na zasadach leczenia odpornościowego. Ale o tem teraz wspominam tylko mimochodem, bo obszernie pisałem przed kilku laty (1).

A zatem choroba posurowicza jest i nieprzewidzianem zjawiskiem w założeniu, z którego wyszło leczenie odpornościowe, i niepożądanym objawem przy posługiwaniu się surowicami. I aczkolwiek choroba posurowicza bywa czasami groźnem powikłaniem, to jednak leczenie swoiste się z nią godzi. Oczywiście z konieczności. A to z tej prostej przyczyny, ponieważ ciał odpornościowych nie jesteśmy w stanie stosować w innej postaci, jak tylko w postaci surowic. A będące w użyciu surowice swoiste są zawsze białkiem obcogatunkowem. Toteż ze stanowiska nauki odporności rzecz biorąc, choroba posurowicza jest w pewnym odsetku stosowania surowic powikłaniem niestety nieuniknionem. A pozatem choroba posurowicza prócz tego, że wyrządza ustrojowi mniejszą, lub większą szkodę, wprowadza tylko nieład i zamęt w postępowanie tak jasno i ściśle określone, jakiem jest leczenie surowicami swoistemi.

Niezależnie od tego w nauce ustalonego poglądu na znaczenie choroby posurowiczej w klinice, zajmiemy się tem samem zagadnieniem od strony spostrzeżeń poczynionych przy chorych.

Jak wiadomo, nieraz surowica nie przynosi należytego skutku. W przewidzianym czasie ani się doszczętnie cofają zmiany miejscowe, ani też całkowicie ustępują objawy ogólne. Mija dalszych kilka dni, albo i więcej, a poprawy nie widać. Któregoś dnia znowu, jakby mało jeszcze było złego, zjawia się choroba posurowicza. I oto podczas tego zbiegu niepomyślnych wydarzeń nastaje zwrot w stanie chorego. Pierzcha cierpienie, które dało powód do wstrzyknięcia surowicy i odtąd już szybko, niezakłócony niczem, odbywa się powrót do zupełnego zdrowia. Mówiłem o tego rodzaju zjawiskach na jednem z posiedzeń Krak. Tow. Lek. odbytych w roku 1932 (2). Do wówczas przytoczonych przykładów mógłbym dzisiaj dodać nowe. I zapewne prócz piszącego nie jeden jeszcze spośród nas, którzy dużo i często stosują surowice, a więc i nierzadko spotykają się z chorobą posurowiczą, poczynił podobne spostrzeżenia? Nie tak bardzo trudno o nie.

Trudniej natomiast o spostrzeżenia tego rodzaju, o jakiem opowiada S p i r a (3). Powtórzę je w krótkości. Spowodu błonicy, która wystąpiła w obrębie rany pooperacyjnej, postanowiono uciec się do surowicy swoistej. Ale wprzód wstrzyknięto podskórnie 0.5 cm³ surowicy jako dawkę odczulającą, a to dlatego, ponieważ chory już dawniej dostał surowicę. W dwie godziny po zastosowaniu dawki odczulającej wystąpiła pokrzywka i przyszło do zapadu. Wobec takiego obrotu sprawy odłożono wstrzyknięcie dawki leczniczej surowicy na później. Następnego dnia w czasie zmiany opatrunku, powiada S p i r a, ze zdumieniem oglądano ranę — z błon oczyszczoną. Bez porównania wdzięczniej przedstawia się sprawa u Dra J. D. Obyło się u niego nietylko bez zapadu, ale także bez tych przykrych stron, jakie cechują tę naogół łagodną postać choroby posurowiczej, jaką jest pokrzywka. Otóż Dr. J. D. zachorował na błonicę 11. IX. 1931 r. Pod wpływem leczenia objawowego nastąpiła poprawa trwająca kilka dni. Ale 21. IX. samopoczucie uległo pogorszeniu. Na migdałkach wróciły naloty. Prócz tego były znamiona nerczycy. Dnia 23. IX. zastosowano domięśniowo 25.000 J. O. Niedługo potem zmiany miejscowe i przypadłości ogólne złagodniały, ale nie wygasły. Taki stan utrzymywał się około 2 tygodnie. Dnia 10. X. zjawiło się znowu uczucie pogorszenia. Przybyły dolegliwości ze strony serca; tętno stało się nieniarowe. W obrębie krtani stwierdzono naloty. Jeszcze w tym samym dniu wstrzyknięto podskórnie 0.5 cm³ surowicy jako dawkę odczulającą. Nazajutrz przedramię, w które dokonano wstrzyknięcia, było na przestrzeni 1/4 długości silnie zaczerwienione i mocno obrzękłe. Od zastosowania dawki leczniczej odstąpiono. A mimo to w cztery dni później z nalotów nie było ani śladu, a zdrowienie, aczkolwiek postępowało leniwo, to jednak go już nie przerywały nawroty choroby. Omówię losy jeszcze jednego chorego. Tym razem chodzi o dziecko dwuletnie. Do szpitala dostało się dnia 3. II. 1933 r. spowodu zmian błoniczych zajmujących oba migdałki. Na błonicę chorowało już w październiku 1932 r. i wtedy było leczone surowicą swoistą. Obecnie surowicy nie zastosowano. Pod wpływem leczenia objawowego cofnęły się szybko zmiany na migdałkach. Ale dnia 6. II. wystąpił świszczący oddech i suchy bezdźwięczny kaszel. Na nagłośni stwierdzono naloty. Tego samego dnia wstrzyknięto podskórnie 0.5 cm³, a 7. II. 1 cm³ surowicy. Dnia 8. II. ciepłota dotychczas prawidłowa wzniosła się do 38⁰, a w miejscu jednego i drugiego wstrzyknięcia przyszło do zaczerwienienia i nacieku. W dwa dni później nastąpiła poprawa w dotychczasowym stanie dziecka, a po kilku dniach dziecko wróciło do zdrowia. Znowu bez zastosowania dawki leczniczej surowicy.

Na przykładach, które dawniej przytoczyłem, i na tych, które dzisiaj podaję, stwierdzamy, że choroba posurowicza nie zawsze przynosi ustrojowi szkodę. Przeciwnie, przekonujemy się, że nieraz okazuje się zbawienną tam, gdzie zawodzi postępowanie uznane za szczyt doskonałości t. zn. leczenie swoiste. Nauka odporności nie zastanawia się jednak wcale nad chorobą posurowiczą od tej korzystnej strony. Dlaczego? Nie będziemy w to wglądali.

Ten zbawienny wpływ choroby posurowiczej na cierpienie, które dało powód do zastosowania surowicy, jest ogółowi nieznany. Śmiało rzec można, głęboko wpojone zasady nauki odporności stanowią przeszkodę w ujmowaniu zjawisk spotykanych u chorych w związku z chorobą posurowiczą tak, jak na to zasługują. Dlatego z wielkiem uznaniem dla W. P u ł a w s k i e g o, bo takie mu się oddać powinno, myślę o spostrzeżeniach, które poczynił; tem bardziej, że je nietylko opisał, ale i objaśnił. W. P u ł a w s k i był lekarzem w jednem z miasteczek województwa warszawskiego. Przebywał w niem stale przez długie lata. Zrozumiałe, że w tych warunkach dobrze znał ludność miejscową i że niejednego spośród niej leczył niejeden raz z różnych powodów. P u ł a w s k i był zwolennikiem leczenia swoistego tak gorliwym, jak tylko nim być można. Dowiódł tego i w piśmie i w postępowaniu. Surowicą przeciwbłoniczą posługiwał się od chwili wprowadzenia jej w użycie. W ciągu 27 lat (1895—1922) leczył surowicą 1053 chorych na błonicę. U 99 spośród wymienionych wypadło mu w różnych odstępach czasu (od 6-u miesięcy do 13½ lat) stosować leczenie surowicą po raz drugi, względnie trzeci, znowu spowodu błonicy. Po tych szczegółach, które podaję w tym celu, aby objaśnić, w jakich warunkach P u ł a w s k i pracował, i jak się odnosił do leczenia swoistego, dochodzimy do miejsca, w którem mamy się dowiedzieć rzeczy dla nas najważniejszej. Poznamy koleje losów leczonych surowicą nie po raz pierwszy. Oto co pisze P u ł a w s k i o tych 99-u chorych (4): „Sam przebieg choroby i zdrowienie po reinjekcjach, zarówno miejscowo w gardle, krtani, gruczołach szyjnych jak i ogólnie co do potów, spadku ciepłoty, tętna i ogólnego stanu, o ile osobiście sądzić mogę na zasadzie wrażenia, jakie w poszczególnych przypadkach odnosiłem na podstawie badania przedmiotowego, następowały l ż e j i p r ę d z e j niż po wstrzykiwaniach pierwotnych. Najłatwiej dało się to spostrzegać w przypadkach cięższych i najcięższych". Ten korzystny obrót sprawy u leczonych surowicą nie po raz pierwszy tłumaczy P u ł a w s k i: 1) zwiększoną zdolnością wytwarzania przeciwjadu błoniczego, którą ustrój posiadł w następstwie dawniej przebytej błonicy, 2) stanem uczulenia na białko obcogatunkowe, do którego to stanu doszło na skutek zastosowania surowicy swoistej wtedy, kiedy chory zapadł po raz pierwszy na błonicę. Znowu powtórzę słowa P u ł a w s k i e g o: „Uczulenie nań (nań = białko obcogatunkowe, objaśnienie piszącego) ustroju nie doprowadzając do groźnych dlań objawów nadwrażliwości w postaci wstrząsu anafilaktycznego, jest jednocześnie nader pożytecznym bodźcem do prędszego i łatwiejszego samoobronnego zwalczania zarazka i jego jadowitych produktów".

Jakżeż niedaleko od spostrzeżeń i uwag, które poczynił P u ł a w s k i, do treści zagadnienia i poglądów, które tutaj rozwijam!

P u ł a w s k i wprawdzie mówi nie o chorobie posurowiczej, lecz o stanie uczulenia. Ale wiemy, że bez uczulenia ustroju niema choroby posurowiczej, że granica między jednym a drugim stanem jest bardzo chwiejna, i że choroba posurowicza jest wyładowaniem się, albo inaczej mówiąc, rozbrojeniem ustroju uczulonego.

Tak więc P u ł a w s k i stwierdza korzystny wpływ stanu uczulenia na przebieg leczenia surowicą, za drugim względnie za trzecim razem, przeprowadzonego. Tłumaczy też, na czem to zjawisko polega. Ale dalej P u ł a w s k i już myślą nie sięga.

Jasno i śmiało pomysł wywoływania choroby posurowiczej w celach leczniczych stawia B e r g m a n n (5). B e r g m a n n i jego uczniowie przy pomocy niej starają się leczyć *colitis ulcerosa gravis*. Nie mogę się jednak pogodzić z ich sposobem doprowadzania surowicy do ustroju, kiedy chodzi o zachwianie stanem uczulenia i spowodowanie jego wyładowania. A tem bardziej jeszcze, odbiegam od stanowiska, jakie B e r g m a n n zajmuje na wypadek śmiertelnie mającego się zakończyć wstrząsu. B e r g m a n n i jego uczniowie korzystając z owrzodzeń dolnego odcinka jelita, wprowadzają doń 200 cm³ surowicy w 12—20 dni po wstrzyknięciu 20 cm³ surowicy domięśniowo. Nie widzę żadnego uzasadnienia takiego postępowania. Wstrzyknięcie surowicy podskórne jest nietylko wygodniejsze, ale co najważniejsze, umożliwia dokładne dawkowanie surowicy stosowanej nawet w małych ilościach. Przy posługiwaniu się zaś wlewaniem do odbytnicy, nigdy nie można być pewnym, ile z wprowadzonej ilości uległo wessaniu. Przy takiej zaś dawce surowicy, jaką wlewają do kiszki stolcowej, o ile surowica szybko choćby tylko w pewnej części ulegnie wessaniu, a o to nietrudno przy głębokich i mnogich owrzodzeniach, łatwo może przyjść do śmiertelnego wstrząsu. Z podobnem następstwem należy się liczyć po domięśniowem lub dożylnem wstrzyknięciu surowicy, do których to zabiegów ucieka się B e r g m a n n z uczniami, o ile wlewka surowicy do odbytnicy nie wywołała wstrząsu. Wywoływanie zaś choroby posurowiczej z narażeniem leczonego na możliwość utraty życia nie można uznać za sposób leczenia, mogący znaleźć zastosowanie nawet w tak beznadziejnej chorobie, za jaką B e r g m a n n uważa *colitis ulcerosa gravis*. B e r g m a n n jest jednak innego zdania.

Wiadomo przecież, że wystarcza użyć tylko część, czasem nawet znikomą cząstkę dawki, która posłużyła do uczulenia ustroju, by wywołać z jego strony odczyn nietylko miejscowy ale i ogólny. Nieraz też widujemy silne oddziaływanie po wstrzyknięciu podskórnem 0.5 cm³ surowicy. A jest to tylko

dawka odczulająca używana dla zapobieżenia wstrząsowi, z którym należy się liczyć przy ponownem leczeniu surowicą. Ilekroć dawka odczulająca wywoła choćby słaby odczyn miejscowy, tylekroć możemy się spodziewać, że ona wyręczy dawkę leczniczą, która miała ustrój zaopatrzyć w tyle a tyle tysięcy J. O. Wiemy już o tem z podanego powyżej opisu przebiegu błonicy u 3-ch chorych. Spostrzeżenia tego rodzaju byłyby niezawodnie o wiele częstsze i liczniejsze, gdyby nie obowiązujący i gorliwie przestrzegany pośpiech przy stosowaniu surowic. W 1—4 godzin po dawce odczulającej wstrzykuje się dawkę leczniczą. W międzyczasie nie mógł nastąpić jeszcze zwrot w stanie chorego. Ale w 24 godzin później poprawa może być tak znaczna, że nawet bezwzględnie oddany zasadom leczenia swoistego nie będzie widział potrzeby robienia użytku z dawki leczniczej surowicy.

Otóż te przygodnie poczynione spostrzeżenia: 1) Że choroba posurowicza pojawiająca się po jednorazowem wstrzyknięciu surowicy, 2) że odczyn ustroju po dawce odczulającej, wywierają nieraz zbawienny wpływ na cierpienie, na które surowica swoista nie zadziałała, postawiłem sobie za wzór, który się staram naśladować, kiedy chodzi o wywoływanie choroby posurowiczej względnie stanu uczulenia w celach leczniczych. Postępuję przytem tak: pierwsza dawka stosowana podskórnie lub domięśniowo wynosi 5—20 cm^3 surowicy. Wskazanem jest przytem używać surowicę możliwie świeżą, bo taka (6) częściej i łatwiej doprowadza do choroby posurowiczej. O ile w ciągu 2 tygodni nie przyszło do choroby posurowiczej, wstrzykuję podskórnie 0.5—1 cm^3 surowicy jednorazowo, czasem jeszcze drugi raz w 24 godzin później. Z ilości surowicy, którą się posługuję dla zachwiania stanem uczulenia i spowodowania jego wyładowania, domyśleć się łatwo, że w mem postępowaniu upragnionym celem jest wywołanie tylko szczątkowej choroby posurowiczej w postaci zaczerwienienia i nacieku w miejscu wstrzyknięcia. Większych dawek od podanych nie stosuję, ani więcej niż 2 wstrzyknięć nie robię. Tak postępuję bez względu na to, czy nastąpił czy nie nastąpił odczyn ze strony ustroju, i czy przyszło do poprawy, o którą chodziło, czy nie. Bywa czasami, że do stosowania dawki odczulającej wogóle nie przychodzi, a to dlatego, bo albo już wystąpiła choroba posurowicza uprzednio, albo samo wstrzyknięcie surowicy, chociaż choroby posurowiczej nie spowodowało, przyniosło pożądany skutek, na który liczono dopiero po wymierzeniu urazu ustrojowi uczulonemu.

Ale gdyby ktoś zachęcony tem sprawozdaniem zechciał kiedyś posługiwać się chorobą posurowiczą względnie stanem uczulenia w celach leczniczych, ten niechaj nie oczekuje, że u każdego chorego powiedzie mu się w opisanych warunkach wywołać chorobę posurowiczą, względnie otrzymać odpowiedni odczyn ustroju po dawce odczulającej. A przytem niechaj nie liczy również, że choroba posurowicza okaże się zawsze zbawienną. Przeciwnie nieraz może się okazać zgubną, bo spowoduje pogorszenie cierpienia, zamiast je złagodzić względnie usunąć. I róża — choroba znana z tego, że wywiera korzystny wpływ w przypadkach raka i tocznia — nie zawsze bywa zbawienną! Podobnie także rzecz się ma przy leczeniu bodźcowem. Zasady, na których się ono opiera, liczą się z możliwością niekorzystnego skutku wskazanych w danym razie zamierzeń i poczynań. Leczenie chorobą posurowiczą jako proteinoterapja, jest także tylko jedną z postaci leczenia bodźcowego.

Leczenie chorobą posurowiczą może oddać usługi nietylko w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, ale także w różnych innych schorzeniach. Słyszeliśmy już o B e r g m a n n i e, że leczy *colitis ulcerosa gravis*. Z własnego doświadczenia podam dwa następujące przykłady: a) Spowodu rany dartej na goleni wstrzyknięto zapobiegawczo surowicę przeciwtężcową. Po kilku dniach przyszło do choroby posurowiczej (pokrzywka, gorączka, bóle w stawach). Rana, która dotychczas ropiała i nie okazywała skłonności do gojenia się, po wystąpieniu choroby posurowiczej uległa szybko zabliźnieniu. b) Dr. H. W. wbił sobie głęboko w udo zardzewiały gwóźdź. W kilka dni po wstrzyknięciu surowicy przeciwtężcowej dostaje pokrzywki. Mija kilka tygodni i wtedy Dr. H. W. uświadamia sobie, że od dłuższego czasu nie miał napadu dychawicy oskrzelowej, na którą od szeregu lat cierpi. Zastanawia się, oblicza i dochodzi do wniosku, że ostatni napad dusznicy miał jeszcze przed wystąpieniem pokrzywki. Dopiero mniejwięcej w 3 lata później wróciły objawy dychawicy oskrzelowej.

U tych dzisiaj i dawniej omówionych chorych wstrzyknięto surowicę bynajmniej nie w celu wywołania choroby posurowiczej. Ale zbawienny wpływ, jaki ona wywarła u tych chorych, zachęca do stosowania surowicy w przebiegu odpowiedniego schorzenia, właśnie w zamiarze wywołania choroby posurowiczej, względnie stanu uczulenia.

Oby w takich wypadkach zawsze się je udało wywołać, i oby zawsze wtedy były zbawienne.

Piśmiennictwo:

1) K o s t r z e w s k i: Pol. Gaz. Lek. 1925. Nr. 26. — 2) Pol. Gaz. Lek. 1932. Str. 701 i 702. — 3) Pol. Gaz. Lek. 1932. str. 701. — 4) W. P u ł a w s k i: Pol. Gaz. Lek. 1922. Nr. 37. — 5) v. B e r g m a n n: Funktionelle Pathologie. Berlin 1932. — 6) N i t s c h: Szczepionki i surowice. Warszawa, 1921.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

FAJWLEWICZ I. Łódź.

Zagadnienie gospodarki purynowej w białaczce szpikowej.

Z oddziału wewnętrznego B im. Seweryna Sterlinga Szpitala fund. Poznańskich w Łodzi.
Ordynator: Dr. Henryk K r y s z e k.

W skład jąder komórkowych wchodzą grupy atomowe o strukturze chemicznej kwasów nukleinowych, które stanowią substancje macierzyste dla ciał purynowych. Na skutek rozszczepienia hydrolitycznego powstają z nich kwas fosforowy i zasady purynowe. W kwasach nukleinowych występują tylko dwie zasady purynowe: adenina i guanina; z nich dopiero pod działaniem właściwych zaczynów powstają kolejno trzy dalsze pochodne: hipoksantyna, ksantyna, wreszcie kwas moczowy.

Kwas moczowy jest ostatecznym przetworem rozkładu kwasów nukleinowych, zarówno pochodzenia endogenicznego, jak egzogenicznego. Endogenicznie nie powstaje z żadnego innego źródła, jak tylko z kwasów nukleinowych, więc z rozkładu substancji jądrowej komórek, ulegających rozpadowi; egzogenicznie znów nie powstaje z innych substancyj, jak kwasy nukleinowe, zawarte w pożywieniu.

Kwas moczowy jest u człowieka probierzem gospodarki purynowej; stanowi on miarę całokształtu zasad purynowych, które pochodząc czyto z pokarmu, czyto z rozkładu substancyj jądrowych, biorą udział w procesach przemiany materji. Kwas moczowy jest w ustroju ludzkim jedynym ostatecznym przetworem ciał purynowych, który u człowieka zdrowego zostaje wydalany z moczem, zaś w przebiegu pewnych schorzeń zostaje zatrzymany we krwi. Pod tym względem różni się człowiek i wyższe małpy od ssaków, u których kwas moczowy ulega dalszym przemianom, spalając się wkońcu na mocznik. Kwas moczowy pochodzenia endogenicznego powstaje również przy głodzeniu; ta część kwasu moczowego jest u różnych osobników różna, ale u poszczególnego osobnika przedstawia wielkość stałą i wynosi 0.4 — 0.6 g kwasu moczowego, wydalanego z moczem w ciągu doby. Wyższy poziom kwasu moczowego we krwi może zależeć: 1) od zwiększonego wytwarzania, 2) od zmniejszonego rozkładu i 3) od utrudnionego wydalania, na skutek upośledzonej funkcji nerek, przyczem może to być częściowa niewydolność czynnościowa nerek (T a n n h a u s e r, L i c h t w i t z).

Gospodarka purynowa stanowiła doniedawna przedmiot dociekań różnych badaczy w schorzeniach takich, jak dna moczanowa, względnie w schorzeniach, stanowiących wyraz t. zw. skazy artretycznej, wreszcie przy rozważaniu zagadnień związanych z dietetyką, jako dział o dużem znaczeniu w ogólnej przemianie materji. Tylko mimochodem wspominano o zaburzeniach gospodarki purynowej w innych schorzeniach, nie zastanawiając się jednak nad niemi bliżej. Wskazywano tylko na zwiększenie ilości wolnych i związanych kwasów aminowych oraz na równoległe zwiększenie ilości kwasu moczowego we krwi w pierwszym rzędzie w białaczce, przebiegającej z dużą zawartością ilościową ciałek białych we krwi, w stanach agonalnych, w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, zwłaszcza po przełomie przy płatowem zapaleniu płuc, wreszcie przy samoistnem nadciśnieniu krwi; rzadziej w schorzeniach wątroby i przy niewydolności czynnościowej nerek. Dopiero prace ostatnich kilku lat, między innemi z kliniki N e m e n o w a w Leningradzie, zwróciły uwagę na duże znaczenie gospodarki purynowej w przebiegu schorzeń układu krwiotwórczego, leczonych naświetlaniami rentgenowskiemi, w pierwszym rzędzie w przebiegu białaczki, dla obrazu chorobowego, dla jego przebiegu, dla rokowania oraz dla postępowania leczniczego. Interesujemy się obecnie na oddziele tem zagadnieniem w przypadkach białaczki i guzów śródpiersia, leczonych naświetlaniami Roentgena. Pod tym właśnie kątem widzenia opisujemy poniżej przypadek białaczki szpikowej, zwłaszcza że jest on ciekawy ze

względu i na szereg innych, występujących w jego obrazie chorobowym i przebiegu cech.

Przypadek dotyczy chorego lat 48, z zawodu blacharza. L. karty szpit. 705/74 B. Choroba obecna rozpoczęła się przed ośmiu laty od bólów opasujących nadbrzusze, najsilniejszych w okolicy lewego podżebrza. W miejscu tem chory sam wyczuwał szybko rosnący bolesny opór. Rozpoznano już wówczas białaczkę i rozpoczęto stosowanie rentgenoterapji spoczątku w odstępach tygodniowych, potem w odstępach coraz dłuższych. Po naświetlaniach bóle ustępowały, śledziona zmniejszała się, jednak po każdym seansie naświetlań występowała silna reakcja ogólna, która utrzymywała się przez szereg dni: przejawiała się ona silnem osłabieniem, bólami głowy, bólami kończyn oraz uporczywemi biegunkami. W ciągu 8-miu lat chory stracił na wadze 7 kg. Pracy prawie nie przerywał. Krwawień z nosa i śluzówek nigdy nie miał. Nie pali, nie pije. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Przy przybyciu do szpitala uderzała przy badaniu bladość powłok z odcieniem ziemistym oraz charłaczy wygląd ogólny. W lewym dołku nadobojczykowym wyczuwało się duży pakiet gruczołów chłonnych, ruchomy w stosunku do podstawy, wypełniający cały dołek; po stronie symetrycznej, w okolicach pachowych i pachwinowych gruczołów chłonnych nie wyczuwało się. Tętnienie w dołku jarzmowym. Nad płucami odgłos wypukowy jawny płucny; równomierne wszędzie zaostrzenie szmerów oddechowych; zmniejszona ruchomość dolnych granic płuc przy oddechu. Lewa granica stłumienia sercowego przekraczała lewą linję sutkową na szerokość palca; nad punktem Erba (III lewe międzyżebrze tuż przy lewym brzegu mostka) słyszalny miękki szmer skurczowy, ginący w kierunku ku koniuszkowi serca, nasilający się w kierunku ku miejscu wysłuchiwania tętnicy głównej. Tętno promieniowe 90 na min., na ręce lewej znacznie gorzej wypełnione i napięte, niż na prawej, pozatem gdy obie ręce leżą poziomo, tętno na obu jest miarowe, gdy zaś rękę lewą nieco unieść i zgiąć w stawie łokciowym, tętno na tej ręce staje się niemiarowem: pewne skurcze w odstępach nierównych nie dochodzą do obwodu, wypadają, powstaje jednostronny deficyt tętna. Tłumaczyliśmy opisane zmiany w tętnie promieniowem uciskiem gruczołów chłonnych w lewej okolicy nadobojczykowej na duże przebiegające w tem miejscu pnie naczyniowe, zasilające lewą kończynę górną. Dalsza obserwacja potwierdziła to tłumaczenie, ponieważ po naświetlaniach lewej okolicy nadobojczykowej i zmniejszeniu pakietu gruczołów chłonnych, opisane właściwości tętna dały się znacznie trudniej zaobserwować, później ustąpiły zupełnie. Jest to jeden z ciekawych przyczynków do powstawania *pulsus differens*. Ciśnienie krwi, mierzone metodą osłuchową, wynosiło max. 85, min. 55 mm Hg; oscylacje na manometrze zjawiały się już przy 115 mm Hg. Chory kilkakrotnie otrzymywał zastrzykiwania dożylne 10 cm³ 40% glukozy i za każdym razem bezpośrednio po zastrzyknięciu stwierdzaliśmy przy niezmienionem *maximum* ciśnienia znaczne zmniejszenie *minimum*.

Brzuch w górnej połowie silniej wysklepiony; poprzez napięte powłoki brzuszne zarysowują się brzegi śledziony i wątroby. Oba narządy o powierzchni gładkiej, twarde, na ucisk niebolesne, o brzegach twardych, zaokrąglonych. Prawy brzeg śledziony nie przekracza linji środkowej, dolny brzeg dochodzi do linji pachwinowej. Dolny brzeg wątroby dochodzi do poziomu pępka.

Nieznaczny obrzęk kończyn dolnych w okolicach podudzi i stawów skokowych. Opisywanej w przebiegu białaczki bolesności uciskowej mostka i kości długich, zależnej od nacieczeń leukemicznych w szpiku kostnym, brak.

W moczu 0,23‰ białka, 2—3 wałeczki szkliste i do 5 krwinek wyługowanych w polu widzenia; ciężar właściwy 1.015.

Objaw Biernackiego (szybkość opadania krwinek czerwonych) — 40 minut. W końcu opadania ponad słupkiem ciałek czerwonych wyraźnie zaznaczony wąski pasek ciałek białych.

W Roentgenie: (Dr. K e i l s o n) zaciemnienie lewego szczytu (gruczoły chłonne). Serce konfiguracji aortalnej, powiększone w lewo. Ruchy serca duże, chybkie. Aorta ciemna. Treść żołądkowa ani naczczo, ani w kilku porcjach po śniadaniu alkoholowem wolnego kwasu solnego nie zawiera; kwasota ogólna wynosi naczczo 4⁰, po śniadaniu waha się od 16 do 20⁰. Osad we wszystkich porcjach treści żołądkowej badany drobnowidowo zawierał 10—20 leukocytów w polu widzenia (zwykle zawiera pojedyńcze leukocyty lub nie zawiera ich wcale). Samo wprowadzenie zgłębnika dwunastniczego poza silnie wyrażonym odruchem wymiotnym przy przejściu gałki przez gardziel nie napotykało na trudności, natomiast treść trudno było wydobyć. Wyjaśnienie otrzymaliśmy przy prześwietleniu, okazało się bowiem, że wątroba i śledziona spowodowały przemieszczenie sąsiednich narządów jamy brzusznej, a więc i zepchnięcie żołądka ku dołowi takiego stopnia, że gałka zgłębnika przechodziła przez wpust żołądka na głębokości 80 cm (normalnie 45—50 cm). Po wprowadzeniu 90 cm zgłębnika treść otrzymywano już z łatwością.

Odczyny serologiczne W a s s e r m a n n a z dwoma antygenami cholesterynowemi oraz odczyn M e i n i c k e g o we krwi chorego wypadły ujemnie.

Próba wodna i sucha wykazały izostenurję (cięż. właść. 1013—1015 we wszystkich porcjach i wodnej i suchej próby) oraz nieznaczne upośledzenie wydzielania (przyjął 1500, oddał 833 cm³ płynu); waga ciała po próbie zwiększyła się o 200 g.

Wobec wymienianego w piśmiennictwie zwiększenia podstawowej przemiany materji w przebiegu białaczki (szpikowej przeciętnie + 29%, limfatycznej przeciętnie + 41%) podjęliśmy dwukrotnie próbę określenia tej przemiany i w naszym przypadku; obie próby nie dały jednak rezultatu spowodu znacznych luk w uzębieniu chorego, które uniemożliwiały szczelne trzymanie ustnika. Również dla sprawdzenia danych z piśmiennictwa, wskazujących na zmniejszanie się ilości białych ciałek we krwi u chorych białaczkowych, naświetlanych promieniami Roentgena, po diatermji, określaliśmy leukocytozę w naszym przypadku przed i po tym zabiegu; otrzymywaliśmy jednak te same liczby.

Krew zawierała mocznik w ilości 49 mg w 100 cm³ krwi; miano ksantoproteinowe wynosiło 35.

W przebiegu białaczki występują czasami nacieczenia leukemiczne w uchu wewnętrznem, co prowadzić może do zespołu objawów M é n i è r e'a; w naszym przypadku w układzie nosowo-gardłowym ani w uszach zmian nie stwierdzono. W przebiegu białaczki opisuje się zmiany typowe na dnie oka, a mianowicie: jasny ton zabarwienia naczyń siatkówki; zatartą różnicę zabarwienia tętnic i żył; naczynia wężykowate, znacznie rozszerzone, całe tło dna oczu znacznie jaśniejsze; jasno-czerwone wybroczyny w siatkówce; białe plamy, otoczone czerwonym brzegiem; twory w oczodołach, prowadzące do wytrzeszczu i obrzęków. Zmiany te spotyka się tylko w małej ilości przypadków białaczki; w większości przypadków brak zmian na dnie oka albo zmiany są minimalne. W naszym przypadku brak było zmian w związku z leukemją; jednak duża bardzo, choć fizjologiczna jeszcze, ekskawacja, trochę bledsze tarcze i napięcie gałek w granicach najwyższej normy (30 mm Hg) budziły podejrzenie w kierunku utajonej postaci jaskry. Badanie dna oczu, powtórzone po upływie miesiąca, wykazało początki prostej ekskawacji jaskrowej (Dr. S c h w e i g), bardziej na oku lewem.

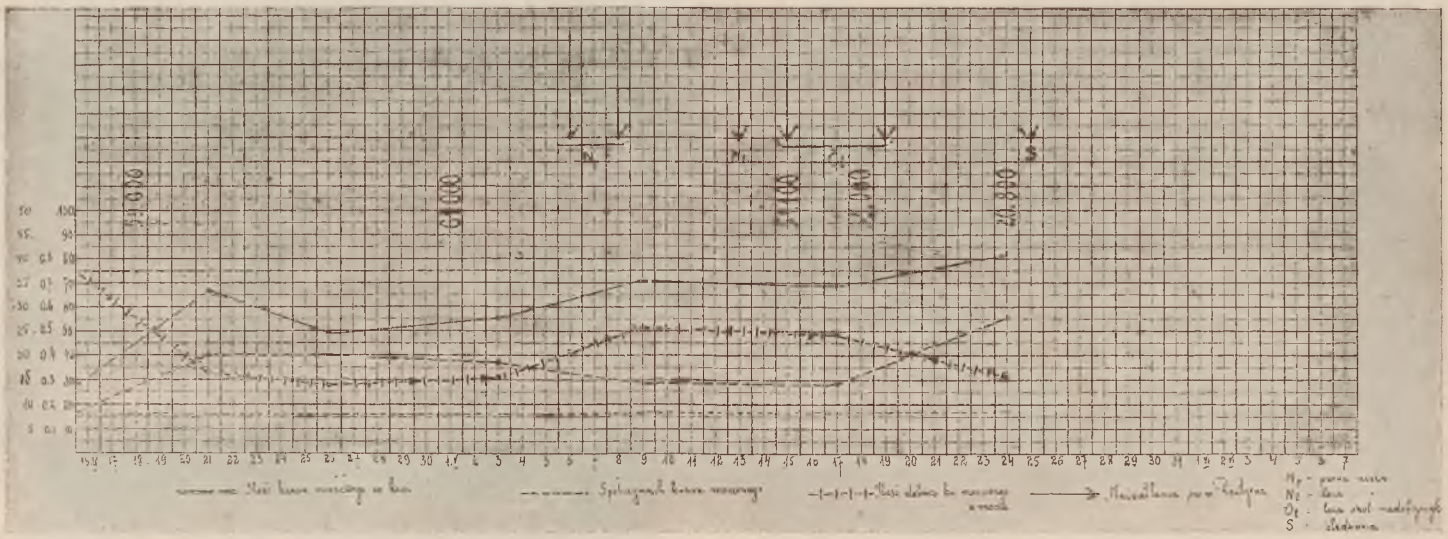
Badanie cystoskopowe: pęcherz moczowy bez zmian chorobowych; oba ujścia moczowodowe prawidłowe. Barwik zastrzyknięty dożylnie wydziela się z prawej nerki po 12 minutach słabym strumieniem w długich odstępach czasu; z lewej nerki w ciągu 25-minutowej obserwacji barwika nie spostrzeżono (Dr. P i k i e l n y). Kapilaroskopja naczyń włosowatych na rąbku paznokciowym wykazała: naczynia włosowate o układzie prawidłowym szeregowym; tło ogólne, zarówno jak intensywność zabarwienia poszczególnych pętel mniejsza niż normalnie; przebieg ramion wstępujących i zstępujących oraz średnica tych ramion nie wykazują odchyleń od normy; ruch ziarnisty, dość szybki.

Dane z badań krwi przedstawiają się następująco: (patrz tablica 1). W początku schorzenia, a więc w styczniu 1926 roku leukocytoza wynosiła 138.000 i po wdrożonej rentgenoterapji spadek w tymże miesiącu do 100.000, w następnym miesiącu stopniowo do 11.000, potem 10.000. Remisja z powolnem narastaniem trwa do września tegoż roku; w miesiącu tym nastąpił skok do 73.000, potem remisja trwa do kwietnia 1927 roku ze skokiem do 87.000, w październiku tegoż roku do 128.000, w czerwcu 1928 roku do 103.000, w lutym 1930 roku do 82.000, w listopadzie 1931 roku do 153.000, w lutym 1932 roku do 162.000, we wrześniu tegoż roku do 69.000, w grudniu 84.000, wreszcie w roku bieżącym w marcu 110.000 i w maju 161.000. W okresach remisji w ostatnich trzech latach leukocytoza trzyma się naogół wyżej, niż w latach poprzednich. Tylko w ostatnich kilku wynikach badań (Dr. K o c e n) znajdujemy myeloblasty w ilości 2—3%, oraz promyelocyty w ilości 18.5%, przyczem po wznowieniu naświetlań rentgenowskich myeloblasty znikły ze krwi zupełnie, zaś odsetek promyelocytów stopniowo spadał do 14,8 wkońcu 4,5%. Im późniejszy jest obraz krwi w przebiegu białaczki, tem częściej spotykamy niedojrzałe postacie komórek obojętnochłonnych i to w pewnej kolejności: metamyelocyty, myelocyty, promyelocyty i myeloblasty, przyczem pierwsze 3 rodzaje komórek posiadają w sensie prognostycznym znaczenie mniejwięcej zbliżone, jedynie myeloblasty posiadają znaczenie rokownicze bardzo złe. N a e g e l i w roku 1930 na dużym materjale statystycznym stwierdził, że białaczka leczona, czy nieleczona i to bez względu na rodzaj stosowanego leczenia trwa najwyżej lat 6 i kończy się bez wyjątku zejściem śmiertelnem. H i r s c h f e l d w tymże roku podaje czas trwania białaczki szpikowej od 2—5 lat, podając jednak obserwowane

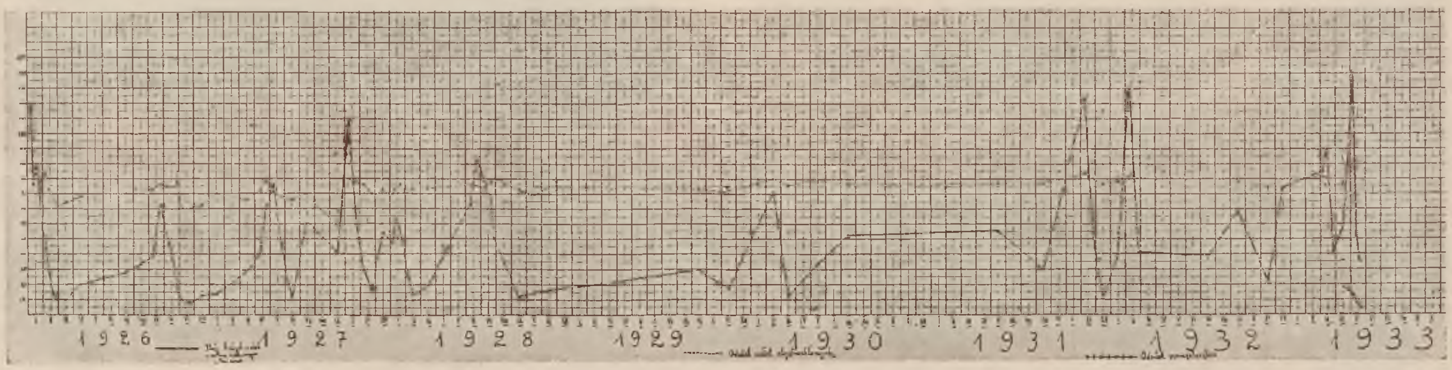
przez siebie 2 przypadki, z których jeden trwał 7 lat, drugi 14. Nasz przypadek trwa ósmy rok. Jeżeli wziąć pod uwagę, że chorzy białaczkowi bardzo rzadko zwracają się do lekarza w pierwszym okresie schorzenia, zwykle zaś w okresie już posuniętym, to należy czasokres trwania schorzenia w naszym przypadku uważać za bardzo długi. Podany wyżej odsetek niedojrzałych postaci, a więc myeloblastów i promyelocytów, bardzo późne zjawienie się tych niedojrzałych postaci w przebiegu schorzenia, ich szybkie znikanie po stosowaniu naświetlań leczniczych, mogą w znacznej mierze tłumaczyć długi czas trwania schorzenia; tak długo, jak najmniej dojrzałych postaci we krwi niema, albo też

w ciągu doby z moczem; iloraz tych 2 liczb oznaczali oni mianem współczynnika kwasu moczowego, uważając go za probierz gospodarki purynowej. W warunkach normalnych poziom kwasu moczowego we krwi waha się w granicach 3—4 mg %, zaś ilość dobowa wydalanego z moczem kwasu moczowego w granicach 0,5—0,6 g; współczynnik normalny wynosi więc 6 do 6,6.

W przebiegu białaczki zachodzi bardzo duży rozpad komórek, co pociąga za sobą zwiększanie się ilości kwasu moczowego we krwi, ponieważ powstaje on stale jako końcowy wytwór rozkładu substancyj jądrowych komórek, ulegających rozpadowi. Jeżeli wydolność czynnościowa nerek w sensie wydala-



Tablica 1.



Tablica 2.

tylko przejściowo występują, rokowanie na najbliższy okres czasu wypada lepiej. W przypadku naszym odsetek obojętnochłonnych przez całe 8 lat utrzymuje się prawie na tym samym poziomie (patrz tablica 1), przyczem postacie młode i pałeczkowate odsetkowo znacznie przeważają nad postaciami segmentowanemi, co zresztą odpowiada typowemu dla białaczki szpikowej przesunięciu w lewo. Odsetek komórek tucznych był stale dość wysoki (1—6%); w żadnem innem schorzeniu nie spostrzegamy tak znacznego zwiększenia ilości komórek tucznych zarówno odsetkowej, jak zwłaszcza ilości bezwzględnej. Odczyn oksydazowy wypadł dodatnio w 89% komórek.

Nakłucie mostka dla zbadania miazgi szpikowej było robione dwukrotnie bez wyniku; ze względu na stan ogólny chorego dalszego nakłucia zaniechaliśmy. Chory skarżył się na silne bóle kończyn, które w związku ze zwiększoną ilością kwasu moczowego we krwi traktowaliśmy, jako wyraz skazy artretycznej, tak często towarzyszącej i związanej organicznie ze schorzeniem białaczkowem. Dlatego też w przypadku naszym zastanowiliśmy się bliżej nad gospodarką purynową.

Wspomniany wyżej N e m e n o w oraz asystenci jego, J u g e n b e r g i T s c h o t s c h i badali gospodarkę purynową w 46 przypadkach białaczki i stwierdzili, że posiada ona duże znaczenie dla przebiegu, rokowania i leczenia. Chorzy otrzymywali dietę standartową, złożoną z 200 g chleba, 200 g mięsa, 400 g kartofli, 2 jajek i 25 g masła, przyczem w odstępach kilkudniowych określano u tych chorych jednego dnia ilość kwasu moczowego we krwi oraz ilość kwasu moczowego, wydalanego

nia kwasu moczowego jest zachowana, to powstały we krwi nadmiar kwasu moczowego zostanie przez nerki wydalony, ilość dobowa wydalanego kwasu moczowego zwiększy się i stosunek obu wartości, kwasu moczowego we krwi i dobowego kwasu moczowego, wydalanego z moczem, czyli współczynnik kwasu moczowego, zostanie zachowany w granicach prawidłowych wahań. Jeżeli natomiast w nerkach wystąpi częściowa blokada dla kwasu moczowego i nadmiar kwasu moczowego we krwi nie zostanie przez nerki wydalony, wówczas iloraz podanych 2 wartości liczbowych zwiększy się i odpowiednio do stopnia zwiększenia wystąpi obraz zatrucia ustroju wskutek przeładowania krwi kwasem moczowym. Objawy tego zatrucia mogą w znacznej mierze przypominać objawy dny moczanowej lub skazy artretycznej. Jeszcze wyraźniej stosunki te zaznaczają się przy stosowaniu w celach leczniczych naświetlań rentgenowskich, wtedy bowiem ogromnie się zwiększa ilość komórek ulegających rozpadowi. J u g e n b e r g i T s c h o t s c h i w obrazie sekcyjnym znajdowali często w nerkach nacieczenia leukemiczne, które uciskając na miąższ nerkowy, wywoływały w nim zmiany zwyrodnieniowe i w następstwie upośledzenie funkcji nerek. Nerki niezależnie od tego momentu cierpią również spowodu przeładowania krwi poza kwasem moczowym i innemi toksycznemi produktami rozkładu białka. Z tego względu radzą oni rozpoczynać naświetlania rentgenowskie od naświetlania nerek (wpierw prawej, ponieważ przy naświetlaniu lewej nerki trudno ominąć śledzionę, wypełniającą często, również i w naszym przypadku, całą lewą połowę jamy brzusznej). Da to wynik dodatni tylko wtedy, kiedy blokada

nerek dla kwasu moczowego zależy od nacieczeń leukemicznych. Jeżeli po naświetlaniach współczynnik zmniejszy się, rokowanie jest lepsze i można się po naświetlaniach spodziewać poprawy. Dodać należy, że o ile jedni autorzy uważają wynik naświetlań za dodatni, gdy osiągniemy po naświetlaniach zmniejszenie ilości ciałek białych we krwi, to inni (Holtzknecht) zwracają uwagę w pierwszym rzędzie na samopoczucie i ogólny stan chorego, twierdząc, że wahania leukocytozy zachodzą w przebiegu białaczki i bez naświetlań; wszyscy rentgenolodzy są zgodni co do konieczności stosowania małych dawek, ponieważ większe wpływają źle na obraz ciałek czerwonych, dają niepożądaną leukopenję i grożą przejściem białaczki szpikowej w bardzo niebezpieczną postać myeloblastyczną; stosowanie naświetlań całkowitych *(Totalbestrahlung)* małemi dawkami (1/30 do 1/300 HED z odległości 1½—2 metrów) ma niewielu zwolenników.

Podane wyżej wyniki prac sprawdziliśmy w naszym przypadku. Chory otrzymywał podaną przez wspomnianych autorów dietę standartową, poczem w odstępach tygodniowych obliczaliśmy ilość kwasu moczowego we krwi oraz ilość kwasu moczowego, wydalonego tejże doby z moczem, i wynikający z tego współczynnik kwasu moczowego (patrz tablica 2). Poziom kwasu moczowego we krwi był w naszym przypadku stale znacznie wyższym od normy (67, 49, 55, 71, 69, 82 mg w litrze), dając najwyższe wartości po naświetlaniach. Poziom wydalanego w ciągu doby kwasu moczowego z moczem utrzymywał się stale poniżej normy (0,33; 0,28; 0,31; 0,51; 0,47; 0,31 g) i po naświetlaniach, kiedy spodziewaćby się należało znacznego zwiększenia tej ilości (ilość ciałek białych we krwi spadła z 161.000 do 20.800), obserwowaliśmy tylko nieznaczne i krótkotrwałe zwiększenie tej ilości. Stąd współczynnik kwasu moczowego, ten probierz gospodarki purynowej, był w naszym przypadku stale wyższy od normy, przekraczając ją często kilkakrotnie; po naświetlaniach stwierdziliśmy przejściowo nieznaczne zmniejszenie współczynnika, potem jednak skok powyżej liczby przed naświetlaniami (27, 20, 18, 14, 14, 28).

Naświetlaliśmy w naszym przypadku kolejno okolicę prawej nerki (2 razy), okolicę lewej nerki (raz), lewą okolicę nadobojczykową (2 razy) i okolicę śledziony (Dr. Barciński). Ponieważ mimo naświetlania nerek współczynnik kwasu moczowego po naświetlaniach nie zmniejszał się, należy przypuszczać, że w naszym przypadku upośledzona funkcja nerek (zmiany w moczu, wynik próby wodnej i suchej, wynik badania cystoskopowego po zastrzyknięciu dożylnem barwika) nie zależała od nacieczeń leukemicznych. Wynik naświetlań w naszym przypadku odpowiada wywodom rosyjskich autorów. Otrzymaliśmy poprawę obrazu krwi (zmniejszenie ilości ciałek białych, zniknięcie myeloblastów, zmniejszenie ilości promyelocytów), śledziona zmniejszyła się o połowę, gruczoły chłonne znacznie się zmniejszyły, jednak stan ogólny i samopoczucie chorego nie wykazywały żadnej poprawy i po każdym seansie naświetlań obraz zatrucia wskutek przeładowania krwi kwasem moczowym był przez szereg dni silnie zaznaczony. W obrazie tym dominowały uporczywe biegunki (zastępcze wydalanie kwasu moczowego przez śluzówkę jelit), które dawały się opanować tylko przez stosowanie opjum, oraz silne bóle kończyn i stawów, zmuszające do stosowania narkotyków, ponieważ *analgetica,* wspomagane atofanem *per os* i dożylnemi zastrzykiwaniami atofanylu, bólów nie łagodziły.

W przypadku naszym z wymienionego dla białaczki szpikowej arsenału środków leczniczych stosowaliśmy również duże dawki żelaza i arszeniku (t. zw. „przebój" arszenikowy i żelazowy) oraz diatermję. Wymieniane inne metody lecznicze, jak zastrzykiwania *Thorium X* (Doramad), salwarsan, szczepienie zimnicy, usunięcie operacyjne śledziony, nie wchodziły u nas w rachubę. Jakkolwiek statystyki wykazują, że chorzy białaczkowi naświetlani Roentgenem nie żyją dłużej od nienaświetlanych, jednak leczenie to radzą wszyscy stosować, ponieważ łagodzi ono podmiotowe dolegliwości chorych, wpływa dodatnio na obraz krwi, a co najważniejsza utrzymuje dłużej zdolność chorego do pracy.

Również w wysuwanych przez niektórych autorów przypuszczalnych momentach etjologicznych schorzeń białaczkowych, sprawy związane z przemianą materji znajdują swój wyraz; że wymienię spostrzeżenia wystąpienia białaczki po kuracjach odtłuszczających (Curschmann), zależność przerostu myeloblastycznej części szpiku kostnego pod wpływem pobudzenia przez kwasy nukleinowe, powstające przy wzmożonym rozpadzie komórek *(natr. nucleinicum,* zastrzykiwane zwierzętom doświadczalnym, dawało dużą obojętnochłonną leukocytozę — Szilárd); większość badaczy uważa jednak białaczkę za schorzenie układowe (Brack), a powstawanie nacieczeń leukemicznych za autochtonne.

Przypadek opisany zasługuje na uwagę ze względu na:

1) silnie zaznaczone objawy skazy artretycznej — często w przebiegu białaczki nie występują wcale,

2) zachowanie się współczynnika kwasu moczowego, jako wyrazu gospodarki purynowej, przed i po naświetlaniach rentgenowskich; jego znaczenie rokownicze oraz wartość dla postępowania leczniczego,

3) jaskrę, towarzyszącą schorzeniu białaczkowemu,

4) czas trwania (ósmy rok).

Piśmiennictwo:

1) Brack: Virchows Arch. f. path. Anat. u. Phys. Tom 248. 1924. — 2) Catsaras: Virchows Arch. f. path. Anat. u. Phys. Tom 249. 1924. — 3) Curschmann: Klin. Wschr. Nr. 6. 1927. — 4) Feilchenfeld i Peters: Klin. Wschr. Nr. 32. 1924. — 5) Herrmann i Becher: Münch. Med. Wschr. Nr. 51. 1925. — 6) Hammarsten: Physiol. Chemie. 1922. — 7) Hirschfeld: Neue Deutsche Klinik. 1930. — 8) Joel: Zeitschr. f. klin. Med. Tom 100. Z. 1/4. 1924. — 9) Jugenberg i Tschotschi: Strahlentherapie. Tom 41. 1931. — 10) Minkowski: Neue Deutsche Klinik. 1930. — 11) Naegeli: Wien. Med. Wschr. 1930. — 12) Nemenow: Strahlentherapie. 1931. — 13) Parnas: Chemja fizjolog. 1922. — 14) Rosenow: Deutsche Med. Wschr. Nr. 15. 1927. — 15) Sternberg: Zeitschr. f. klin. Med. Tom 100. Zesz. 1/4. 1924. — 16) Szilárd: Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Tom 37. Zesz. 3/6. 1923. — 17) Stüber: Zeitschr. f. klin. Med. Tom 111. 1929.

Dr. Adam ABDAŃSKI, dyr. Szpit. Pow. Krzemieniec.

W sprawie ułatwienia znieczulania nasiękowego.

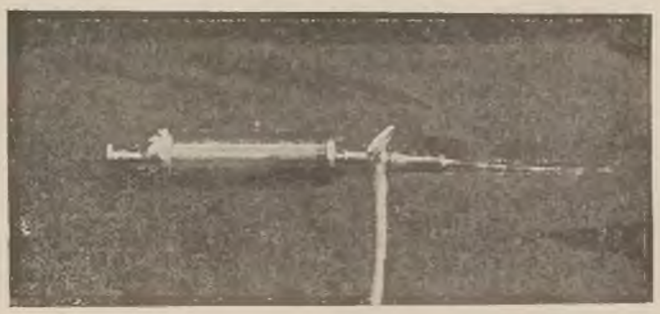
Wyrazem dużego zainteresowania chirurgów doby współczesnej kwestją znieczulenia jest niesłabnąca wciąż energja, z jaką opracowuje cały ich szereg zagadnienia, związane nietylko z farmakologją i dynamiką środków znieczulających, ale i z techniką samego znieczulenia. Od precyzji tej ostatniej zależy nietylko szybkość ale i jałowość zabiegu, a zatem warunki bodajże podstawowe dla efektu pracy chirurga. Każdy, kto wykonywał większą ilość znieczuleń nasiękowych w rozmaitych okolicach ciała, musiał się zetknąć z dwiema trudnościami: z oporem, jaki przeciwstawia płynowi wstrzykiwanemu tkanka bogatsza w elementy włókniste (podeszwa, dłoń, tkanka bliznowata i t. p.), albo — co jest najczęstsze i najniewygodniejsze — z koniecznością ciągłego odrywania strzykawki od tkwiącej w tkankach igły, celem ponownego nabrania płynu znieczulającego. Taką czynność należy nieraz powtórzyć kilkanaście razy, zależnie od ilości płynu, koniecznego do osiągnięcia pełnego znieczulenia. Że podczas tego rodzaju czynności łatwo o przypadkowe zanieczyszczenie płynu lub narzędzia znieczulającego, szczególnie przy mniej wprawnym zespole pomocniczym, nie trzeba dowodzić.

Te myśli przyświecały pierwszym konstruktorom przyrządów do znieczulań i są dotąd jeszcze aktualne dla tych, którzy odczuwając braki dotychczasowych metod, chcą je usunąć w sposób jaknajmniej skomplikowany i — powiedzmy szczerze — jaknajtańszy.

Borchers był pierwszy, który w następstwie powyższych rozważań skonstruował irygator, dający się wznieść do 4 m wysokości, połączył go zapomocą rury gumowej z nasadką, opatrzoną kurkiem i w ten sposób mógł znieczulać przy użyciu ciśnienia, odpowiadającego każdorazowej wysokości irygatora.

Następnie Kirschner podał bardzo pomysłowo zbudowany przyrząd, w którym za naciśnięciem sprężyny zostaje przez kwas węglowy pod ciśnieniem 3 do 4 atmosfer wyrzucony płyn znieczulający do przewodu gumowego połączonego z igłą znieczulającą. Przyrząd ten jest podobno bardzo dobry, jednak duży, skomplikowany i za kosztowny dla przeciętnego zakładu leczniczego. Ostatnio ogłosił Hollenbach swój pomysł, zmierzający — jak sam twierdzi — do uproszczenia znieczulania miejscowego. Jak wynika jednak z treści tej notatki, „uproszczenie" to wymaga obecności jeszcze jednej osoby, potrzebnej do regulowania ciśnienia na płyn w strzykawce a pozatem jest dość kosztowne, bo wymaga zakupienia całej aparatury, składającej się z 100 cm³ strzykawki, korby, rękojeści z wentylem i kanjuli o zamku bagnetowym. *(Zbl. Chir. 29/33).*

Niezależnie od Hellenbacha posługuję się od dłuższego czasu małem ale istotnem ułatwieniem, polegającem na tem, że na strzykawkę Rekorda, dowolnej objętości nakładam dwuramienną nasadkę z kurkiem. Na jedno ramię, będące przedłużeniem długiej osi strzykawki, nasadzam igłę, drugie zaś łączę zapomocą rurki gumowej z naczyniem, zawierającem płyn do znieczulania. (Ryc. 1.).



Ryc. 1.

Przekręcenie kurka w kierunku igły i cofnięcie tłoka strzykawki powoduje bezzwłoczne napełnienie się jej płynem znieczulającym, przekręcenie kurka ku rurce gumowej i naciśniecie tłoka powoduje wypłynięcie płynu przez igłę do tkanki.

Ryc. *2* przedstawia nasadkę po zdemontowaniu całości.



Ryc. 2.

W tym bardzo zresztą prostym pomyśle uwzględniam jedną tylko konieczność: automatycznego jałowego pobierania i wstrzykiwania płynu znieczulającego. Pomijam zupełnie sprawę wstrzykiwania pod ciśnieniem względnie jego regulowania na drodze mechanicznej, gdyż najbardziej czułym regulatorem ciśnienia wydaje mi się w tym wypadku ręka operatora.

W dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem nigdzie wzmianki o tego rodzaju ułatwieniu znieczulania nasiękowego. Gdyby przypadkiem kto inny przede mną już sposób ten ogłosił, należy niniejszy artykuł uważać jako przypomnienie tego niezmiernie prostego i wygodnego ułatwienia.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Dr. Stanisław KONOPKA. Warszawa.

W sprawie organizacji naszych bibljotek lekarskich *).

Liczba bibljotek i ich zasobność jest jednym ze sprawdzianów poziomu kulturalnego danego narodu. Bibljoteki bowiem mają wielki wpływ na rozwój pracy naukowej. Aby jednak zadanie to mogły spełniać, muszą być dobrze zorganizowane i udostępnione. Toteż sprawie tej poświęcono dużo uwagi od czasu niepodległości Państwa Polskiego i postęp widoczny jest w wielu dziedzinach pracy bibljotecznej. Do najbardziej zaniedbanej dziedziny należy organizacja polskich bibljotek lekarskich. Bibljotekom tym chciałbym poświęcić kilka uwag.

Książki i czasopisma lekarskie gromadzą u nas bibljoteki naukowe ogólne, a zatem takie, w których medycyna jest jednym z wielu działów. Do tego typu bibljotek należą bibljoteki uniwersyteckie, bibljoteka Polskiej Akademji Umiejętności, Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu, Ossolineum we Lwowie i kilka innych. Bibljoteki te ze względu na swój charakter, nie przywiązują zbyt wielkiej wagi do działu medycyny, posiadają raczej dość obfite zasoby starszych druków, a planowe kupowanie i uzupełnianie dzieł nowych, oraz prenumerata czasopism lekarskich przedstawia dużo do życzenia i nie zaspokoi potrzeb lekarza pracującego naukowo.

Bibljoteki gromadzące wyłącznie dzieła lekarskie posiadają Towarzystwa Lekarskie w Warszawie, Krakowie, Lwowie, Wilnie, oraz w kilkunastu innych miastach prowincjonalnych, prócz tego niektóre instytucje państwowe, jak Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, Państwowy Zakład Higjeny, dalej niektóre szpitale państwowe i komunalne. Bibljoteki te należą do typu bibljotek ogólno-lekarskich, gromadzących dzieła i czasopisma lekarskie ze wszystkich dziedzin medycyny.

Ostatnim typem bibljotek będą bibljoteki specjalizujące się tylko w jednym dziale medycyny; znajdziemy je w klinikach i zakładach uniwersyteckich, oraz w towarzystwach lekarskich jak Towarzystwo Higjeniczne, Tow. Chirurgów Polskich, Tow. Ginekologiczne i inne.

Bibljoteki lekarskie, będące własnością lekarzy, ze względu na swój ściśle prywatny charakter, nie wchodzą w rachubę w naszych rozważaniach.

Scharakteryzujemy w kilku słowach różne typy bibljotek lekarskich i zastanowimy się nad ich organizacją, oraz udostępnieniem zbiorów.

Bibljoteki ogólno-naukowe, posiadające również dzieła lekarskie: na czele tych bibljotek stoi zawodowy bibljotekarz i posiada dość liczny personel fachowy. Organizacja pracy jest oparta na ustalonych zasadach i przepisach bibljotekarskich, opracowanych na podstawie wieloletniego doświadczenia, a dostosowanych do nowoczesnych zadań i potrzeb bibljotek naukowych. Pracownicy są płatni; żadna z tych bibljotek nie zatrudnia bibljotekarza-lekarza. Bibljoteki są czynne przeciętnie 10 godzin dziennie, mają charakter bibljotek publicznych i są dostępne dla każdego pracownika naukowego. Szczupłe budżety, jak również konieczność zaopatrywania bibljoteki w dzieła i czasopisma ze wszystkich dziedzin wiedzy, nie pozwalają na dostateczne i planowe uzupełnianie działu medycyny. Zasoby nowych książek nie zadowolą lekarza pracującego naukowo, liczba i dobór bieżących czasopism lekarskich są bardzo małe i przypadkowe. Dla zilustrowania obecnego stanu rzeczy pozwolę sobie przytoczyć pare cyfr, odnoszących się do czasopism lekarskich, prenumerowanych przez nasze bibljoteki uniwersyteckie. Według „Wykazu czasopism zagranicznych otrzymywanych w r. 1932 przez 11 polskich bibljotek naukowych" prenumeruje Bibljoteka Uniwersytetu Warszawskiego 86 czasopism, Bibljoteka Jagiellońska 35 czasopism, Bibljoteka Uniwersytetu Poznańskiego 27 czasopism, Bibljoteka Uniwersytetu Jana Kazimierza 25 czasopism, Bibljoteka Uniwersytetu Stefana Batorego 10 czasopism. W porównaniu z produkcją światową, wynoszącą ponad 2.000 tytułów czasopism lekarskich, cyfry te dokładnie ilustrują, jak w tych warunkach jest trudno śledzić postępy medycyny i jak trudno jest szukać źródeł i materjałów do prac naukowych.

Bibljoteki lekarskie w ścisłem tego słowa znaczeniu, a więc bibljoteki posiadające zbiory z wszystkich dziedzin medycyny, są własnością, z małemi wyjątkami, towarzystw lekarskich. Bibljotekarzami są lekarze wybrani przez zarząd towarzystwa. Stanowisko bibljotekarza jest niepłatne. Bibljotekarze, nawet przy najlepszych chęciach, zaabsorbowani swemi zajęciami codziennemi i pracą zawodową, nie mogą poświęcić się całkowicie pracy bibljotekarskiej. Ujemną stroną organizacji tych bibljotek jest również to, że stanowisko bibljotekarza zmienia się często, niema zatem ciągłości pracy, a sposób katalogowania i przechowywania zbiorów, ustalony przez poprzednika nie zawsze podoba się jego następcy. Organizacja bibljoteki naukowej, praca w bibljotece naukowej wymaga obecnie gruntownego przygotowania, dłuższej praktyki i zamiłowania. Bez tych trzech warunków trudno jest dobrze prowadzić bibljotekę. Prócz tego ważnym momentem w uzupełnianiu zbiorów jest wyeliminowanie upodobań i zainteresowań osobistych bibljotekarza. Trzeba mieć zawsze na myśli zasadę, że bibljoteka jest przeznaczona dla czytelników a nie dla bibljotekarza. Lekarz specjalista prowadzący bibljotekę, nastawiony siłą rzeczy na swoja specjalność, będzie uzupełniał zbiory głównie z działu swojej specjalności.

Czas udostępnienia bibljoteki wynosi przeciętnie *2* godziny dziennie. Z bibljoteki mogą korzystać jedynie członkowie towarzystwa. Zaopatrzenie w bieżące czasopisma i nowe książki lekarskie jest bardzo małe, budżety roczne ograniczają się w ostatnich latach do kilkuset złotych.

Organizacja bibljotek lekarskich gromadzących dzieła z jednego tylko działu medycyny nie różni się prawie od bibljotek ogólno-lekarskich.

---

*) Referat wygłoszony w Sekcji Prasowej XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Do odrębnej grupy należą bibljoteki zakładów i klinik uniwersytetów polskich. Niektóre z nich posiadają cenne zbiory z zakresu jednej specjalności. Są one również niedostępne dla ogółu lekarzy. Można z nich korzystać jedynie na miejscu, po otrzymaniu zezwolenia dyrektora kliniki lub zakładu. Stanowisko bibjotekarza zajmuje jeden z asystentów, który pracę bibljotekarską prowadzi dorywczo, a czasem nawet niechętnie.

Tak przedstawia się w streszczeniu obecna organizacja polskich bibljotek lekarskich.

Czy organizacja ta jest dobra i czy jest dostosowana do rzeczywistych potrzeb polskiej nauki lekarskiej? Napewno nie. Sprawa organizacji bibljotek leży u nas dotychczas odłogiem, nie jest tematem rozważań w towarzystwach lekarskich i czasopismach lekarskich, nie interesują się tem zagadnieniem ani sfery uniwersyteckie, ani rządowe. Zdana jest na łaskę jednostek idących samopas, jednostek, które w większości przypadków nie mają odpowiedniego przygotowania bibljotekarskiego. Bibljoteki lekarskie otwarte zaledwie po parę godzin dziennie są mało dostępne dla czytelników. Brak dobrze opracowanych katalogów utrudnia korzystanie ze zbiorów. Zasoby nowych książek lekarskich niemal wszystkich bibljotek są niezmiernie małe. Żadna z bibljotek nie stara się nawiązać kontaktu z czytelnikami, a zatem nie spełnia swego zadania kulturalnego.

Szybka reorganizacja bibljotek lekarskich, nawiązanie współpracy między bibljotekami, oraz ustalenie wspólnego programu działania, jest sprawą dla rozwoju polskiej nauki lekarskiej bardzo ważną. W niedługim czasie, za pauperyzacją materjalną stanu lekarskiego, przyjdzie również pauperyzacja polskiej nauki lekarskiej. Na podstawie ankiety o czytelnictwie lekarskiem, zebranej przeze mnie w bieżącym roku, obliczyłem, że na 100 lekarzy — 12 nie prenumeruje żadnego pisma lekarskiego, a 61 nie korzysta z żadnej bibljoteki lekarskiej. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że odpowiedzi na ankietę zebrałem stosunkowo mało, a pośród nich jest 40% odpowiedzi od takich lekarzy, którzy ogłaszają drukiem prace naukowe, musimy dojść do wniosku, że zareagowali na ankietę jedynie ci, których interesują bliżej sprawy naukowe. Gdyby udało się zebrać odpowiedzi od wszystkich lekarzy w Polsce, statystyka czytelnictwa wypadłaby bez porównania gorzej. Lekarzy ogłaszających drukiem prace naukowe mamy w Polsce około 1500, czyli około 12%.

Pierwszym etapem na drodze do racjonalnego rozwiązania sprawy bibljotek lekarskich w Polsce powinna być reorganizacja bibljotek lekarskich w Krakowie, Lwowie, Lublinie, Łodzi, Poznaniu, Warszawie i Wilnie. Reorganizacja ta będzie wówczas możliwa, gdy zostanie unormowana sprawa kierowników bibljotek. Kierownikiem bibljoteki lekarskiej powinien być lekarz, mający przygotowanie do pracy bibljotecznej i zamiłowanie w tym kierunku. Stanowisko bibljotekarza powinno być płatne, a wówczas dopiero będzie mógł zająć się pracą bibljotekarską przez 7 do 8 godzin dziennie. Ciągła i nieprzerwana praca pozwoliłaby na uporządkowanie należyte zbiorów, na uzupełnienie systematyczne i celowe książek i czasopism, na udostępnienie bibljotek wszystkim lekarzom danego ośrodka. Przy bibljotece powinna być otwarta wygodna i obszerna czytelnia czasopism. Za korzystanie z czytelni i wypożyczalni powinny bibljoteki pobierać nieduże opłaty. Opłaty te należałoby obracać na wypłacanie pensji bibljotekarzowi i na powiększanie zbiorów. Wzorowo prowadzona bibljoteka w wyżej wymienionych ośrodkach naukowych zwiększyłaby znacznie frekwencję czytelników. Nawiązanie ścisłej współpracy między bibljotekami pozwoliłoby zaprowadzić racjonalny podział prenumeraty czasopism obcych i opracować plan zakupów dzieł lekarskich. Ujednostajnienie i uzgodnienie katalogowania książek zmniejszyłoby znacznie koszta administracyjne. Wymiana dubletów wzbogaciłaby zbiory jednych bibljotek, a odciążyłaby drugie od niepotrzebnego balastu. Wydanie wspólnego katalogu czasopism oddałoby duże usługi pracownikom naukowym. Reorganizacja bibljotek wpłynęłaby również dodatnio na prywatny budżet lekarzy, a w pewnym stopniu na budżet państwowy; przyczyniłaby się również do rozwoju naszej prasy lekarskiej.

Na podstawie zebranych przeze mnie materjałów twierdzę, że rok rocznie wywozi się zagranicę setki tysięcy złotych za książki i czasopisma lekarskie, zakupowane przez lekarzy. Nieduża a dobrze dobrana bibljoteka prywatna jest potrzebna każdemu lekarzowi idącemu z postępem wiedzy, jednak prenumerowanie wielu pism zagranicznych jest jednym z dowodów złej organizacji naszych bibljotek lekarskich. Zreorganizowanie bibljotek, jaknajdogodniejsze ich udostępnienie, dalej świadomość, że potrzebne piśmiennictwo będzie można znaleźć w danej bibljotece, wstrzymałoby wielu lekarzy od prenumerowania pism zagranicznych, które po kilku latach są tylko ciężarem w domach prywatnych i przechodzą w darze do działu dubletów różnych bibljotek, lub idą na makulaturę.

Drugim ogniwem w organizacji bibljotek lekarskich powinny stać się bibljoteki szpitali państwowych i komunalnych. Na cele bibljoteczne należałoby przeznaczać w budżecie każdego szpitala określoną kwotę pieniężną, której wielkość zależałaby od liczby łóżek w danym szpitalu. Szpitale możnaby podzielić na 3 grupy — szpitale posiadające więcej niż 100 łóżek, szpitale posiadające 50 do 100 łóżek i szpitale posiadające mniej niż 50 łóżek. Każda grupa szpitali miałaby inny budżet na cele bibljoteczne. Bibljoteki szpitalne powinny zaopatrywać się w pierwszym rzędzie w polskie czasopisma lekarskie i w polskie książki lekarskie. Dla pierwszej grupy szpitali wybór pism lekarskich, złożony z 32 tytułów, kosztowałby po uwzględnieniu 20% zniżki, udzielonej przez administracje czasopism — około 620 zł rocznie. Dla drugiej grupy szpitali 11 czasopism ogólno-lekarskich i ważniejsze specjalne — około 310 zł rocznie, dla trzeciej grupy szpitali 5 pism ogólno-lekarskich około 157 zł rocznie.

Podaję proponowane komplety pism dla każdej grupy oddzielnie: I grupa: 1. Archiwum Historji i Fil. Medycyny 24 zł, 2. Chirurgja Narządów Ruchu 40 zł, 3. Czasopismo Sądowo-Lekarskie 14 zł, 4. Gastrologja Polska 8 zł, 5. Ginekologja Polska 30 zł, 6. Gruźlica 12 zł, 7. Klinika Oczna 30 zł, 8. Lekarz Kolejowy 12 zł, 9. Lekarz Polski 14 zł, 10. Lekarz Wojskowy 40 zł, 11. Medycyna 36 zł, 12. Medycyna Praktyczna 14 zł, 13. Neurologja Polska 40 zł, 14. Nowiny Lekarskie 36 zł, 15. Nowiny Psychjatryczne 12 zł, 16. Nowiny Społeczno-Lekarskie 15 zł, 17. Nowotwory 8 zł, 18. Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lek. 15 zł, 19. Pedjatrja Polska 30 zł, 20. Polska Gazeta Lekarska 56 zł, 21. Polska Stomatologja 30 zł, 22. Polski Przegląd Chirurgiczny 72 zł, 23. Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny 10 zł, 24. Polski Przegląd Radjologiczny 20 zł, 25. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 30 zł, 26. Przegląd Dermatologiczny 16 zł, 27. Rocznik Psychjatryczny 20 zł, 28. Wiadomości Lekarskie 15 zł, 29. Warszawskie Czasopismo Lekarskie 48 zł, 30. Zagadnienia Rasy 8 zł, 31. Zdrowie 12 zł, 32. Tętno Medycyny 18 zł, — razem 785 zł, mniej 20% = 628 zł rocznie.

II grupa: 1. Ginekologja Polska 30 zł, 2. Gruźlica 12 zł, 3. Lekarz Wojskowy 40 zł, 4. Medycyna 36 zł, 5. Nowiny Lekarskie 36 zł, 6. Pedjatrja Polska 30 zł, 7. Polska Gazeta Lekarska 56 zł, 8. Polski Przegląd Chirurgiczny 72 zł, 9. Warszawskie Czasopismo Lekarskie 48 zł, 10. Zdrowie 12 zł, 11. Tętno Medycyny 18 zł — razem 390 zł, mniej 20% = 313 zł rocznie.

III grupa: 1. Medycyna 36 zł, 2. Nowiny Lekarskie 36 zł, 3. Polska Gazeta Lekarska 56 zł, 4. Warszawskie Czasopismo Lekarskie 48 zł, 5. Tętno Medycyny 18 zł, — razem 194 zł, mniej 20% = 157 zł rocznie.

Rozwiązanie w tym sensie sprawy bibljotek szpitalnych usunęłoby chociaż częściowo głód książki lekarskiej na prowincji, a przyczyniłoby się również do rozwoju naszych czasopism lekarskich. Kwota, jaka wpływałaby rocznie do kasy czasopism, wynosiłaby przeszło 180.000 zł i umożliwiłaby byt czasopismom, które walczą obecnie z wielkiemi trudnościami materjalnemi.

W Warszawie objęłaby rolę głównej bibljoteki lekarskiej jedna z istniejących już bibljotek. Do jej zadań należałoby obsługiwać nietylko stolicę, lecz całe państwo. Winna prenumerować możliwie dużo czasopism i zaopatrywać się w ważniejsze nowości książkowe, wydawać katalog bieżący nowości, i rozsyłać go bezpłatnie do towarzystw lekarskich i do szpitali. Powinna posiadać dużą czytelnię, otwartą codziennie przynajmniej przez 14 godzin. Korzystać z czytelni mogliby wszyscy lekarze, oraz osoby pracujące naukowo. Wypożyczałaby książki i czasopisma również na prowincję, w Warszawie nawet na telefoniczne żądanie. Prowadziłaby biuro bibljograficzne i udzielałaby informacyj bibljograficznych na miejscu i listownie. Bibljoteka ta, aby mogła dostosować się do swych zadań, musiałaby pobierać nieduże opłaty miesięczne za prawo wypożyczania i korzystania z czytelni. Sumy w ten sposób uzyskane byłyby obracane wyłącznie na zakup książek i czasopism. Bibljoteka musiałaby zatrudniać lekarza-specjalistę, którego praca polegałaby na zestawianiu piśmiennictwa lekarskiego. Bibljoteka powinna zapewnić sobie 10 kompletów każdej odbitki z polskich czasopism lekarskich: po dwa egzemplarze włączałaby do inwentarza, resztę egzemplarzy przekazywałaby bibljotekom lekarskim prowincjonalnym, wraz z gotowemi kartkami katalogowemi. Sprawa odbitek z czasopism lekarskich jest u nas niedoceniona, a przecież ma ona duże znaczenie, gdyż ułatwia korzystanie z prac ogłaszanych w czasopismach, a posługiwanie się odbitkami zmniejsza znacznie koszta opłat pocztowych, ponoszonych przez czytelników z prowincji. Przy bibljotece powinno powstać muzeum książki lekarskiej, gabinet rycin i archiwum.

Do cennych, ale zamkniętych bibljotek należą bibljoteki zakładów i klinik wydziałów lekarskich. Wiem dobrze, że nieraz trudno jest korzystać z tych bibljotek nawet personelowi lekarskiemu kliniki czy zakładu, z braku odpowiedniego kierownika bibljoteki. Mojem zdaniem, każdy wydział lekarski powinien mieć stanowisko etatowego bibljotekarza, do zadań którego należałoby inwentaryzowanie i prowadzenie katalogów wszystkich bibljotek zakładów i klinik lekarskich danego uniwersytetu. Wyznaczony na bibljotekarza asystent powinien zajmować się jedynie wypożyczaniem książek. Ta nieznaczna reorganizacja cennych bibljotek zakładowych przyniosłaby duże korzyści i odciążyłaby przepracowanych asystentów.

W referacie moim podałem kilka myśli na temat reorganizacji bibljotek lekarskich w Polsce, nie mogłem natomiast poruszyć sprawy tej szczegółowo, gdyż rozważania drobiazgowe zajęłyby dużo czasu. Zrealizowanie i rozwiązanie tego zagadnienia należałoby przekazać specjalnej komisji bibljotecznej, złożonej z przedstawicieli: 1) uniwersytetów polskich, 2) przedstawiciela Min. Oświaty, Min. Opieki Społ. i Min. Spraw Wojskowych, 3) przedstawicieli Izb Lekarskich oraz 4) z kierowników bibljotek lekarskich w Warszawie, Krakowie, Lublinie, Lwowie, Łodzi, Poznaniu i Wilnie.

Wnioski:

1. Organizacja polskich bibljotek lekarskich jest niedostosowana do potrzeb nauki polskiej i potrzeb czytelników.
2. Szybka reorganizacja bibljotek przyczyni się do rozwoju polskiej nauki lekarskiej, do zwiększenia czytelnictwa i do rozwoju polskich czasopism lekarskich, zmniejszy natomiast wydatki osobiste lekarzy na zakupywanie drogich czasopism zagranicznych.
3. Reorganizacją bibljotek lekarskich, jako zagadnieniem zawiłem i trudnem, winna się zająć specjalna komisja bibljoteczna.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Międzynarodowy Kongres Historyczny, Warszawa—Kraków, 20—30 sierpnia 1933 r.

VII-my Międzynarodowy Kongres Historyczny, który się odbył niedawno w Warszawie i Krakowie, obchodzi także i lekarzy, kongres ten bowiem podobnie, jak i poprzedni, VI-ty Międz. Kongres Historyczny w Oslo w r. 1928, obejmował również historję medycyny, a w kongresie w Polsce wzięło udział kilkunastu lekarzy zagranicznych, w tej liczbie najwybitniejsi przedstawiciele katedr historji medycyny.

Przybyli więc do Polski: Sigerist, profesor historji medycyny doniedawna w Lipsku, obecnie, od 2-ch lat w Stanach Zjednoczonych w Baltimore; Diepgen, profesor historji medycyny w Berlinie; Laignel-Lavastine, znany neurolog, a obecnie profesor historji medycyny w Paryżu; Capparoni z Rzymu; Gomoiu, chirurg i historyk medycyny z Bukaresztu; d'Irsay z Paryża, Vinarz, pułkownik-lekarz z Pragi, Fosseyeux z Paryża, Chaboux z Belley i t. d. Niektórzy przybyli z żonami.

Nie byli to wszyscy bywalcy ostatnich kongresów międzynarodowych historji medycyny (Rzym 1930, Bukareszt 1932), ale byli prawie wszyscy najwybitniejsi. Polska zapraszała ogólnie w cyrkularzach i komunikatach, które publikowała i rozsyłała do Komitetów Narodowych, potworzonych *ad hoc* we wszystkich krajach. Co do historji medycyny, to na ostatnim specjalnym kongresie, poświęconym tylko temu przedmiotowi, w Bukareszcie w zeszłym roku, obaj delegaci rządu polskiego, Prof. Dr. Szumowski i Doc. Dr. Zembrzuski zaprosili ogólnie wszystkich kongresistów do Polski. Na ostatniem zebraniu w Bukareszcie Doc. Dr. Zembrzuski, jako przyszły gospodarz w Warszawie, podał do wiadomości szczegóły organizacji VII-go Międzynarodowego Kongresu Historycznego; powiedział, że kongres będzie miał 15 sekcyj, i że jedna z nich będzie obejmowała historję nauk matematyczno-przyrodniczych i medycyny razem, innemi słowy, że historja medycyny będzie stanowiła 1/30 ogólnego kongresu nauk historycznych. Zaznaczyli przytem obaj delegaci Polski, że nie mogą robić kongresu w kongresie, t. j. urządzać specjalnego kongresu historji medycyny w ramach ogólnego kongresu historycznego, gdyż nie mają na to upoważnienia od rządu, w komitecie organizacyjnym kongresu ich stanowisko jest liczebnie nader małe, ale będą radzi wszystkim, którzy do Polski przyjadą.

Delegaci Polski nie mogli się w zaproszeniu za daleko posuwać, ani w Bukareszcie, ani później w korespondencji, nie wiedzieli bowiem zupełnie, co i jak wypadnie, a znali aż nadto dobrze nasz rodzimy teren, urodzajny, zawsze tylko połaciami niejednostajny, niesolidarny, nierówny, pełen ciasnych widnokręgów i wybujałego indywidualizmu. Przewidywania ich i obawy okazały się słusznemi.

Do komitetu organizacyjnego kongresu, jak czytamy w oficjalnem wydawnictwie kongresowem, weszło 173 osób, w tej liczbie 6 lekarzy, t. j. wszyscy, jacy są obecnie w Polsce, profesorowie czynni (2) i emerytowani (1) historji medycyny oraz wszyscy docenci (3) tego przedmiotu. Jednakże lista członków kongresu wykazuje, że z tej liczby tylko 3 osoby (Bilikiewicz, Szumowski, Zembrzuski) zostały członkami kongresu. Reszta okazała obojętność dla spraw międzynarodowych i udziału swego w kongresie niczem nie zaznaczyła. Z 3-ch wymienionych osób Doc. Bilikiewicz nie mógł przybyć do Warszawy i brał udział jedynie w ostatnim akcie kongresu w Krakowie. W ten sposób przybył do Warszawy jedynie Prof. Szumowski. Jak to wykazuje liczba członków kongresu, przybył z żoną, z synem Kazimierzem, doktorem medycyny, i z młodszym asystentem swoim Jerzym Morawieckim. Na liście członków czytamy także nazwisko rektora Uniwersytetu Warszawskiego Dra Mieczysława Michałowicza, profesora pedjatrji.

Na miejscu w Warszawie pełnił rolę gospodarza wobec historyków medycyny Doc. Zembrzuski. Rola jego w ciągu całego roku organizacyjnego 1932/3 była nad wyraz trudna. Z jednej strony pragnął, żeby Warszawa wypadła nie gorzej, niż Bukareszt lub Rzym, z drugiej jednak strony nie trzymał w ręku nici organizacyjnych. Nawet w łonie samej historji nauk i medycyny musiał się wciąż odwoływać do prezesa sekcji prof. Dicksteina, historyka matematyki. Wiedział, że nie pokaże cudzoziemcom działalności swojej katedry, bo ta po przejściu Giedroycia na emeryturę nie została obsadzona. Mając tylko zlecone wykłady, z trudem wykołatał pomieszczenie na seminarjum historji medycyny (w *anatomicum*), ale fundusz na adaptację lokalu uzyskał dopiero na parę tygodni przed otwarciem kongresu. Co miał więc pokazać cudzoziemcom? Był zdany sam na siebie, mając w dodatku w domu od lat chorą żonę. Chciał obudzić wśród lekarzy warszawskich zainteresowanie zbliżającem się świętem nauki polskiej i przyjazdem wybitnych lekarzy zagranicznych do Polski. Miała być mowa na kongresie o wielu rzeczach ciekawych, w szczególności, o sławnych dziejach medycyny polskiej, miała być mowa o polskiej szkole filozoficzno-medycznej, o Władysławie Biegańskim: zdawało się, że warszawscy lekarze pośpieszą na kongres, bodaj posłuchać, zaznaczyć swoją solidarność, a przytem poznać sławnych cudzoziemców. Niestety, te nadzieje zawiodły.

W całości biorąc, warszawski kongres sie udał, podobno nawet wypadł lepiej i sprawniej, niż poprzedni kongres w Oslo. Oczywiście, były niedomagania i niedociągnięcia, może nawet dość liczne, ale któż nie wie, jak trudno jest wogóle organizować coś podobnego! Przybyło do Warszawy około 1.200 osób. Warszawa z łatwością pomieściła kongresistów. Wielu zamieszkało w hotelu sejmowym, skromnym, ale dość wygodnym i tanim.

Komitet polski wydał kilka grubych tomów prac, referatów i streszczeń, mianowicie:

1) *La Pologne au VII-e Congrès International des Sciences Historiques* w 2 tomach, obejmujących razem na 753 stronach 56 prac. Z lekarzy tylko prof. Szumowski zamieścił w tem wydawnictwie rzecz p. t. *L'école polonaise médico-philosophique.* Spośród innych prac niektóre także mogłyby bliżej zainteresować czytelnika-lekarza, np. praca Charewiczowej *Est-il fondé d'écrire une histoire spéciale de la femme?,* Daszyńskiej-Golińskiej *L'accroissement de la population en Pologne à l'époque des partages,* Kołodziejczyka *L'activité éditrice de la Commision d'Education Nationale dans le domaine des sciences naturelles* i t. p. Inne prace, pióra najwybitniejszych historyków polskich na temat najżywotniejszych zagadnień historycznych — z konieczności pomijamy.

2) *Résumés des communications présentées au Congrès-Varsovie* 1933, także w 2 tomach, obejmujących na 881 stronach streszczenia komunikatów 300 zgórą autorów. Tutaj w sekcji X *(histoire des sciences pures et de la médecine)* znajdujemy tylko 3 streszczenia: Diepgen (Berlin) *Der Geist der Medizin des XVI Jahrhunderts,* Tricot-Royer (Antwerpja) *Un chapitre de l'histoire de la lèpre en Belgique au XVI-e siècle* i Fosseyeux (Paryż), *Les premiers budgets d'assistance en France: la taxe des pauvres au XVI-e siècle.* Jak widzimy, 2 pierwsze tematy dotyczą historji medycyny, 3 stoi na pograniczu historji medycyny, historji kościoła i historji urządzeń społecznych. W olbrzymiej ilości streszczeń, podanych w innych sekcjach, mieści się cała głębia i cała rozlewność współczesnej historjografji międzynarodowej, z której niewątpliwie dałoby się wydo-

być również niejedno nowe oświetlenie i niejeden nowy szczegół dla historji medycyny, jak np. z prac: B e z a r d'a *Les visites de paroisses au XVII-e siècle dans le diocese de Paris* (z tych wizytacyj dowiadujemy się o ruchu ludności, o akuszerkach), d'I r s a y'a *L'humanisme dans les universites*, B r i l l o *L'Università di Padova e la Polonia* i w. in.

Praca B r i l l a ukazała się równocześnie osobno w Padwie p. t. *Gli stemmi degli studenti Polacchi nell'Università di Padova* (Herby studentów Polaków w Uniwersytecie Padewskim), jako hołd złożony przez Uniwersytet Padewski Polskiej Akademji Umiejętności z okazji Międzynarodowego Kongresu Historycznego *(in folio*, 31 str. i 34 tabl. na kredowym papierze). Znajdujemy tu pięknie reprodukowane i opisane herby szlachty polskiej, która niegdyś studjowała w Padwie i która tam zostawiła ślady swej bytności w księgach nacji polskiej, na ścianach i murach prastarej szkoły i t. d. Spotykamy tu nazwiska i herby wielu doktorów medycyny: *Michael Boym Leopoliensis, Benedictus Wilczek Leopoliensis, Jacobus Franciscus Ozgiewicz, Dominicus Cyrus, Joannes Zajączkowicz, Alexander Będkowski, Franciscus Przewoski, Andreas Szymonowicz Leopoliensis, Stanislaus Wosiński, Wenceslaus Durosz, Martinus Leszczyna Cracoviensis, Albertus Łowicki, Jacobus Raineker Cracoviensis* i t. d.

3) Zasługuje na uwagę osobny tom, wydany przez Polski Komitet organizacyjny z okazji Kongresu p. t. *Histoire sommaire des sciences en Pologne*, str. 154. Jest to zbiór 8-miu prac po francusku obejmujących historję nauk matematyczno-przyrodniczych i medycyny w Polsce. Wszystkie one są zajmujące dla historyka medycyny: A. B i r k e n m a j e r i D i c k s t e i n napisali o naukach ścisłych, G o r c z y ń s k i o meteorologji, C e n t n e r s z w e r o chemji, K o z i o r o w s k i o mineralogji, W i ś n i o w s k i o geologji, H r y n i e w i e c k i o botanice, T a l k o-H r y n c e w i c z o antropologji, S z u m o w s k i o medycynie.

Prócz 3 wymienionych publikacyj polski Komitet organizacyjny wydał szereg broszur informacyjnych, jak o podróży do Polski i o pobycie w niej, wykaz przyjęć, wystaw i wycieczek kongresowych, listę członków, program obrad, kilka przewodników i t. p. Wszystko w paru a czasem w kilku językach kongresowych. Ogrom pracy wydawniczej rzeczywiście kolosalny. Najwięcej pracy podobno kładł we wszystko młody, ale zasłużony już historyk warszawski, Docent Dr. Tadeusz M a n t e u f f e l, sekretarz generalny kongresu, który choć na wojnie stracił prawą rękę, tem energiczniej jednak potrafił robić lewą, załatwiając osobiście cały ogrom spraw, a zwłaszcza korespondencji przedkongresowej.

Otwarcie kongresu i pierwsze plenarne posiedzenie dn. 21 sierpnia w wielkiej sali politechniki nie wypadły dobrze. Wprawdzie przewodniczący polskiego Komitetu Organizacyjnego prof. D e m b i ń s k i świetnie przemówił w 5 językach pokolei ze zdumiewającą łatwością, co wywołało burzę oklasków, ale dalsze przemówienia i wykłady były za długie, a nadto megafony zupełnie zawiodły. Obrady kongresu trwały 6 dni i odbywały się w salach wykładowych politechniki. Niestety, rozmieszczenie sekcyj po salach nie było dość fortunne, a w każdym razie wymagało więcej drogowskazów.

Sekcja X miała 4 posiedzenia. Na porządku dziennym pierwszego posiedzenia w poniedziałek 21 sierpnia po poł. były tematy z historji matematyki. Po wykładzie B o r t o l o t t i e g o *La Matematica in Italia nel'secole XVI* zabierali głos także lekarze (D i e p g e n), wykazując wpływ rozwijającej się we Włoszech matematyki również na ówczesną medycynę. Na drugiem posiedzeniu, w piątek przed poł. po wykładzie S e r g e s c u *Histoire des sciences mathématiques et physiques en Roumanie* nadprogramowo mówił G o m o i u o stosunkach polsko-rumuńskich na polu medycyny, wykazując zasługi K o p e r n i c k i e g o, G l ü c k a i innych lekarzy, zasługi, znane w Polsce, ale jak podnosił prelegent, za mało znane w Rumunji. Potem miał wykład D i e p g e n, który w ostatniej chwili wycofał swój temat programowy *Der Geist der Medizin im XVI. Jahrhundert* i wygłosił rzecz p. t. *Die Revolution in Jahre 1848/9 und der deutsche Aerztestand*. W dobrze ujętym wykładzie prelegent odmalował stanowisko lekarza w dobie przedrewolucyjnej, w której górował absolutyzm, i zupełnie odmienne w dobie porewolucyjnej, kiedy zapanował liberalizm. W dyskusji S z u m o w s k i zwrócił uwagę, że Kraków posiada pamiętniki H e c h l a, niegdyś profesora historji medycyny, medycyny sądowej i policji lekarskiej w Krakowie, który kilkanaście lat spędził w Niemczech w dobie przedrewolucyjnej i który podaje w swoich pamiętnikach dużo szczegółów o ówczesnych lekarzach i medycynie niemieckiej.

Na 3 posiedzeniu sekcji w sobotę przed poł. były na porządku dziennym tematy z historji nauk ścisłych i dopiero 4. i ostatnie posiedzenie sekcji w sobotę po poł. było poświęcone wyłącznie historji medycyny. C a p p a r o n i pokazał nieznane rysunki A s e l l i'ego. Potem w zastępstwie nieobecnego T r i c o t-R o y e r'a Zembrzuski odczytał jego referat o trądzie w Belgji. Referat ten wywołał dyskusję. S z u m o w s k i zastanawiał się nad przyczyną wygasania trądu na początku epoki nowożytnej, przyczem, nawiązując do możliwości ówczesnych pomyłek rozpoznawczych (trąd czy syfilis), pokazał fotografję faryzeusza z ołtarza marjackiego Wita Stwosza, ogłoszoną świeżo przez W a l t e r a[1]). S z u m o w s k i sądzi, że w epoce nowożytnej zarazek trądu zaczął słabnąć i dlatego epidemja zaczęła przygasać. Pogląd Szumowskiego podzielił G o m o i u. W ożywionej dyskusji zabierali głos jeszcze Z e m b r z u s k i i C a p p a r o n i.

Skolei F o s s e y e u x wygłosił doskonale opracowany referat *Les premiers budgets d'assistance en France: la taxe municipale des pauvres au XVI-e siècle*. W dyskusji zabierał głos Z e m b r z u s k i, wykazując, jak podobne sprawy wyglądały w Polsce. Wreszcie S z u m o w s k i podał w streszczeniu wykład (wydrukowany w całości dziele *La Pologne*, jak wyżej) p. t. *L'école polonaise médico-philosophique*. Omawiając niespożyte zasługi B i e g a ń s k i e g o, prelegent rozdał obecnym świeżo wydany w druku przez Krakowskie Towarzystwo Miłośników Historji Medycyny portret tego wybitnego lekarza i filozofa polskiego. Zapowiedziana w programie *intervention* L a i g n e l-L a v a s t i n e'a do wykładu Szumowskiego nie odbyła się, ponieważ uczony francuski o tej samej godzinie przemawiał w dyskusji („interwenjował") w sekcji historji religji i kościoła po wykładzie D u r a n d a i P r é c l i n'a *L'histoire des Congregations Religieuses en France du XVI-e à la fin du XVIII-e siècle*. L a i g n e l-L a v a s t i n e w dłuższem, doskonale ujętem przemówieniu oświetlił tutaj ze stanowiska medycyny rolę historyczną zakonów religijnych.

Możność przemawiania różnych specjalistów w różnych sekcjach była oczywiście jedną z cech dodatnich ogólnego Kongresu Historycznego. W ten sposób, między innemi, ścierały się różne poglądy w sekcji XIII *(théorie de l'histoire)*, której obrady pod przewodnictwem Henryka B e r r'a (jest on kierownikiem osobliwej organizacji paryskiej pod nazwą *Centre de synthese historique)* były bardzo ożywione, torując drogę do syntezy. W sekcji historji nowożytnej mówił L a i g n e l-L a v a s t i n e o D a n t o n i e pod względem psychopatologicznym. Jego wywody były najbardziej kompetentne, jakie sobie wogóle bezstronny historyk na ten temat może wyobrazić.

Obrady sekcji X-ej nie były zbyt licznie uczęszczane i odbywały się w obecności mniejwięcej zwykle kilkunastu osób. Warszawa sama bardzo mało dostarczyła słuchaczy. Z lekarzy warszawskich tylko Prof. Dr. L o t h i Doc. Dr. S t e r l i n g-O k u n i e w s k i byli obecni na posiedzeniach. Usiłowania Doc. Dra Z e m b r z u s k i e g o, ażeby na sobotnie posiedzenie popołudniowe ściągnąć większą grupę lekarzy warszawskich, do dyskusji nad trądem — dermatologów, do dyskusji nad opieką nad ubogimi — lekarzy z zarządu miasta, a do dyskusji nad filozofją medycyny — wszystkich lekarzy głębiej wykształconych (niegdyś czytelników warszawskiej Krytyki Lekarskiej!) — te wszystkie usiłowania spełzły prawie na niczem. Nie wyczuli koledzy święta nauki polskiej, jakiem przecież był niewątpliwie kongres międzynarodowy... Za 100 lat drugi taki kongres nie powtórzy się... To wszystko jest tem dziwniejsze, że Warszawa w tym samym czasie wydała specjalny numer czasopisma „Medycyna" (z dn. 7. września 1933), poświęcony w całości historji, historji zjazdów lekarskich polskich, historji osób, historji idei, historji prasy lekarskiej polskiej...

Pod względem towarzyskim i turystycznym Warszawa wogóle wypadła dobrze. Cudzoziemcy, nawet Niemcy wyrażali swój podziw, że Polska od czasu wojny zrobiła tak wielki postęp i chętnie wszystko zwiedzali i oglądali; podziwiali Łazienki, Wilanów. Wśród oficjalnych przyjęć raut na Zamku w sobotę 26. sierpnia zrobił na wszystkich wielkie, niezapomniane wrażenie.

Historykami medycyny i ich żonami zajęli się bliżej towarzystko Doc. Dr. Z e m b r z u s k i, jako gospodarz warszawski, i Profesorostwo S z u m o w s c y. Zdaje się, że gościnności staropolskiej stało się najzupełniej zadość. Pierwsze lody międzynarodowe zaczęły topnieć zaraz w poniedziałek „Pod Bukietem". W środę Doc. Dr. Z e m b r z u s k i urządził dla wszystkich przybyłych oficjalne śniadanie, na które z miejscowych lekarzy raczyli przybyć: Prof. Dr. K r y ń s k i, Prof. Dr. S z e n a j c h, Dr. K o e l i c h e n i Dr. V a c q u e r e t. Reszta lodów stopniała doszczętnie w czwartek na Starem Mieście u Fukiera przy lampce miodu oraz zaraz potem w hotelu Europejskim...

Doc. Dr. Z e m b r z u s k i zorganizował 2 specjalne wycieczki historyczno-medyczne, jedną do pałacu Zamoyskich, drugą do

[1]) Por. recenzję Lenartowicza w P. G. L. 1933. Nr. 26.

Towarzystwa Lekarskiego. Tu i tam kongresiści oglądali stare polskie zielniki, stare rękopisy, portrety, podziwiali zbiory muzealne Zamoyskich.

Na wzmiankę zasługuje uprzejme przyjęcie, jakie zgotowało kongresistom Warszawskie Towarzystwo Naukowe z Prof. Drem Sierpińskim i Prof. Drem Lothem na czele. Prof. Dr. Loth przerwał sobie wypoczynek wakacyjny i przyjechał umyślnie do Warszawy na kongres. Równie miłą była tam herbatka, jak i pouczającem zwiedzanie zbiorów i pracowni Towarzystwa.

W niedzielę 26. sierpnia o godz. 4-ej specjalny pociąg kongresowy zawiózł kilkaset osób na zamknięcie kongresu do Krakowa. Ale kongres trwał i w pociągu. Tu można było jeszcze rozmawiać, jeszcze dyskutować, jeszcze się o coś zapytać. Ostatnie pytanie nie doczekało się jeszcze odpowiedzi, a pociąg już o 10. zajeżdżał na dworzec w Krakowie. Komitet krakowski z rektorem Kutrzebą na czele witał gości na dworcu. Historyków medycyny oczekiwał na dworcu Doc. Dr. Bilikiewicz, który też zająć się musiał zakwaterowaniem niektórych z nich.

Nazajutrz wcześnie rano odbyło się zwiedzanie krakowskiego Zakładu historji medycyny, gdzie urządzono wystawę zbiorów rękopiśmiennych, bibljotecznych i muzealnych. Podczas gdy Prof. Szumowski brał udział jako delegat polski w tamże urządzonem posiedzeniu *Comité permanent de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine,* Doc. Bilikiewicz oprowadzał po zakładzie resztę gości, wśród których poza historykami medycyny nie brakło przedstawicieli innych gałęzi historji.

Krakowska część kongresu raczej przeznaczona była na zwiedzanie miasta, niż na prace naukowe. Poza posiedzeniem plenarnem w auli uniwersytetu i w sali Domu Katolickiego, stanowiącem zamknięcie kongresu, nie było właściwie żadnych większych naukowych zebrań. Historyków medycyny, jak i historyków nauki, ogromnie zajęła wystawa historji nauk, zorganizowana przez Prof. Dra P. Estreichera i Doc. Dra A. Birkenmajera w sali chemji U. J. Nie brakło tam eksponatów i z historji medycyny, nad czem czuwał Doc. Bilikiewicz. Wśród portretów dość było dziejowych osobistości z pogranicza nauk ścisłych i medycyny, jak Kopernik, Brożek i t. d.

Zwiedzanie miasta postawione było bardzo dobrze. Dotkliwie dawał się odczuć tu i ówdzie brak znajomości języków obcych. Nieprzyjemny ten dorobek źle niegdyś zorganizowanego szkolnictwa, a może teraz i polskiej polityki paszportowej, a może także i naszej rodzimej ociężałości, robił niekiedy złe wrażenie. Tak np. grupę angielską oprowadzać musiał po Wawelu dobrze mówiący po angielsku historyk literatury w zastępstwie historyka sztuki. Mimo te braki jednak, samo zwiedzanie Krakowa wypadło świetnie. Główną zasługę przypisać trzeba oczywiście samemu pięknu Krakowa. Również Wieliczka pozostawiła niezapomniane wrażenie na zwiedzających. Osobno podkreślić trzeba ujmującą gościnność zarządu kopalń, który urządził zgoła niekryzysowe przyjęcie dla kilkuset uczestników, najlepsze spośród wszystkich zbiorowych przyjęć, jakie urządzono dla całego kongresu po wyjeździe z Warszawy.

Sam Kraków oczarował cudzoziemców, atmosfera naukowa Krakowa, widoczne na każdym kroku tradycje duchowej przeszłości, Bibljoteka Jagiellońska, dorobek krakowskiej nauki — wszystko to zaimponowało im. Z kilku poważnych ust słyszało się zdanie, że właściwie kongres historyczny powinien był się odbywać w Krakowie, w tem historycznem środowisku. Kraków wykazał cudzoziemcom odwieczność polskiej kultury.

Gośćmi z sekcji X-ej zajęli sie w Krakowie Profesorostwo Szumowscy i Doc. Birkenmajer, którzy urządzili wspólny obiad dla całej sekcji w sali Tetmajera. Przyjęcie to zaszczycił swoją obecnością, między innymi, Dziekan Wydziału Lekarskiego Prof. Dr. Godlewski.

Większość kongresistów opuściła Kraków wieczorem 29. lub rano 30. września. Prof. Laignel-Lavastine, państwo Gomoiu, państwo Capparoni i Prof. Szumowscy wsiedli razem 30 września do pociągu, odchodzącego w kierunku Lwowa. Prof. Sigerist został jeszcze jeden dzień dłużej, jako gość Docentostwa Bilikiewiczów. Zwiedzając jeszcze raz Kraków, był on zdumiony, między innemi, obfitością wczesnych rękopisów lekarskich w Bibljotece Jagiellońskiej.

Kongres niewątpliwie spełnił swoje zadania naukowe i towarzyskie. Te ostatnie zazwyczaj górują i to nie bez słuszności. Znajomości osobiste z przedstawicielami nauki zagranicznej są nieraz donioślejsze dla postępu nauki, niż różne przyczynki. W tych znajomościach tkwią warunki współpracy intelektualnej z zagranicą — hasła coraz głośniej rozbrzmiewającego w całym świecie kulturalnym. Medycyna polska reprezentowana była w tym kongresie w skromnej półsekcji, niemniej gościła szereg wybitnych osobistości świata lekarskiego zagranicznego. Wrócą oni do kraju i szerzyć będą propagandę polskiej kultury skuteczniej i taniej, niż to czynią nieraz organy naszej propagandy zagranicznej. Na tę polską kulturę składa się w pewnej mierze polska medycyna, doniosła i zasłużona nietylko współczesnym swym dorobkiem, ale i swemi tradycjami dziejowemi.

Następny VIII-my Międzynarodowy Kongres Historyczny ma się odbyć za 4 lata w Szwajcarji. Wcześniej zbiorą się kongresy specjalne. W r. 1934 ma się odbyć w Madrycie II Międzynarodowy Kongres Historji Nauk, w czem będzie musiała się znaleźć i medycyna. Gdzie się odbędzie X-ty Międzynarodowy Kongres Historji Medycyny, jeszcze niewiadomo.

s. i b.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Wojskowy. 4. 1933. Becker H.: Ś. p. prof. Dr. Władysław Mazurkiewicz (wspomnienie pośmiertne). — Janiszewski T.: Właściwa statystyka zachorowalności. Ogólny i biologiczny wskaźnik zdrowia. — Sokołowski T.: W kwestji przetaczania krwi na wojnie. — Zalewski Fr.: Ważniejsze zagadnienia chirurgji polowej.

Medycyna. 20. 1933. St. Tokarski i Zb. Wojciechowski: Badania nad działaniem surowicy ludzi, dotkniętych niektóremi schorzeniami chirurgicznemi na paramaecium caudatum. — Zdz. Gorecki: O leczeniu bodźcowem duru brzusznego. — F. Malinowski: O wyprysku (eczema). — J. Świątecki: O wpływie mocznika na naczynia i serce. — L. Zembrzuski. Medycyna i nauki przyrodnicze w Akademji Zamojskiej.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. 43. 1933. H. Higier: W sprawie patologji układu nerwowego i psychopatologji wśród Żydów słów kilka. — K. Bujniewicz: Przypadek rozległego schorzenia układu kostnego. — L. Abramowicz i T. Epsteinowa: Leczenie ropowic i ropni okołomigdałkowych zapomocą bakterjofaga gronkowcowego z przesączem buljonowym paciorkowcowym. — H. Wasermanowa: Rozpoznawanie różniczkowe ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego ze szczególnem uwzględnieniem wieku dziecięcego. — Z. Szymanowski: Spowodu listu otwartego prof. Sauerbrucha. — A. Rytel: Schorzenia strefy zwrotnikowej. Zdrowotność terenów kolonizacyjnych. — B. Muszkatblat: Kolonja morska i półkolonja W. Z. Pir. 1933 r.

Rocznik Psychjatryczny. XXI. 1933. M. Bornsztajn: Nowy przyczynek do t. zw. schizofrenji somatopsychicznej i kilka słów o istocie schizofrenji. — S. Borowiecki: Sen a całokształt życia psychicznego. — G. Bychowski: O pewnych zagadnieniach schizofrenji w świetle patologji mózgowej. — M. Brunowa i K. Mikulski: W sprawie zimniczego i salicylowego leczenia schizofrenji. — W. Chodźko: Higjena pychiczna w ramach higjeny społecznej. — R. Dreszer i K. Szczytt: Dwa przypadki psychoz okresowych z cyklem menstruacyjnym. — J. Dretler: W sprawie wydalań się umysłowo chorych z zakładów. — W. Drożdż: Krótki rys historyczny opieki nad umysłowo chorymi w województwie lubelskiem. — W. Dzierżyński: Przypadek wzrostu olbrzymiego. — A. Falkowski: Nerwica jako czynnik życia społecznego. — W. Grzywo-Dąbrowski: Zadzierżgnięcie i powieszenie jako czynnik powodujący zaspokojenie zboczonego popędu płciowego. — E. Herman: Zespół pozapiramidowy i międzymózgowia w przypadku guza mózgu. — H. Higier: Psychiczne stany efektywne oraz ich leczenie antytoksyczne w poezji, filozofji i medycynie Grecji starożytnej. — J. Hurynowiczówna i E. Czarnecki: W sprawie określania przez skórę chronaksji nerwów błędnych u królika. — H. Jankowska: Przyczynek do zagadnienia osobowości. — L. Korzeniowski: Psychoza reaktywna czy psychoza rozszczepienna. — T. Łapiński: Zaburzenia psychiczne w epilepsji. — W. Łuniewski: W sprawie liczby narkomanów i ich jakości ustrojowej. — R. Markuszewicz: Wstępny zarys psychopatologji popędu samozachowawczego. — W. Matecki: Z psychopatologji parkinsonizmu pośpiączkowego. — Z. Messing: Choroba Hallervordena-Spatza. — M. Minkowski: O rozwoju i lokalizacji czynności ruchowych u płodu ludzkiego. — K. Orzechowski: Na marginesie bieżących poglądów o zapaleniach układu nerwowego bez wiadomej etjologji. — P. Pręgowski: Kryterja subjektywne choroby umysłowej. — M. Rose: O indywidualnych właściwościach kory mózgowej u ludzi. — J. Rothfeld: Przyczynek do patofizjologji nystagmu głowy u człowieka. — J. Skrzypińska:

Chronaksja i jej znaczenie w fizjologji i patologji ludzkiej. — W. Sterling: Palilalja utajona i metodyka jej ujawniania. — L. Wilczkowski: Badania nad zachowaniem się katalazy w krwi chorych psychicznie. — A. Wirszubski: Omówienie przypadku bluźnierstwa. — S. Władyczko: Mocz ciężarnych, jako środek leczniczy w schorzeniach układu nerwowego. — N. Zandowa: Dalsze badania doświadczalne nad oliwkami opuszkowemi. — M. Zieliński: Cyklotymja w atypowej postaci. — J. Handelsman: Przyczynek do patogenezy zaburzeń psychicznych organicznych. (Zaburzenia psychiczne w niedokrewności złośliwej). — J. Nelken: Samobójstwo a pora roku.

OCENY.

A new approach to dietetic therapy. etc. str. 434. EUGÉNE FÖLDES. M. D. Boston Richard G. Badger. 1933.

Pełny tytuł tej książki brzmi: Nowe próby leczenia dietycznego w chorobie padaczki, eklampsji ciężarnych, migrenie, anginie, dusznicy, chorobach alergicznych, anemji złośliwej, ciśnieniu wzmożonem, nerwowych i psychicznych zaburzeniach, starości i t. p. Równowaga wody i składników mineralnych, oraz ich zaburzenia.

Wymienione wyżej choroby i zmiany w ustroju zamierza autor tłumaczyć wyłącznie zmianami w rozmieszczeniu wody i soli w tkankach. Usiłowanie takie ma pewne podstawy i zasługuje na uwagę. Toteż monografja powyższa godna jest czytania i czytanie jej daje dużo do myślenia, tem bardziej, że autor zebrał bardzo liczną literaturę, mającą rzekomo utwierdzić jego teorję. Niewątpliwie każda zmiana w krążeniu prowadzić może do zmian w rozmieszczeniu wody i soli, prowadzić może do zatrzymania wody w ustroju lub tkankach, ale chyba nikt nie wątpi, że istnieją rozmaite nerwowe i termiczne czynniki, które zmiany w krążeniu wywołują i że samo zatrzymanie wody jest ich następstwem albo przynajmniej towarzyszącem im zjawiskiem. Każdemu zresztą, który sprawą rozmieszczenia płynów w ustroju się zajmował, wiadomo, że drobne czy duże zaburzenia w rozmieszczeniu wody wybitnie dążą do szybkiego wyrównania się i zazwyczaj długo nie trwają, chyba że trwa przyczyna, która je wywołała. Zapatrywania wyrażone w tej książce muszą być brane z pewnem zastrzeżeniem, tem bardziej, że autor na teorji swojej oparł leczenie i przepisy dietetyczne, którym poświęcił trzecią część książki.

Na te przepisy również bez zastrzeżeń zgodzić się nie można, bo często w nich zawarte są czynniki, które wpływają nie na rozmieszczenie wody ile raczej na sposób odżywiania, mówiąc wyraźniej, są to przeważnie diety wychudzające, alkalizujące, rozwalniające, słowem diety, których wpływ na niektóre z chorób przez autora podanych jest oddawna znany i niewątpliwy. Wszystkie diety mają skład podobny: Szklanka soku z pomarańczy, 30 g chleba, filiżanka kawy, 100 g mięsa rybiego lub kurzego, pomidory albo sałata, 60 g chleba i 150 g owoców. Wieczorem 120 g mięsa, jarzyny i ta sama ilość chleba i owoców. Nic dziwnego, że autor mógł mieć dobre wyniki przy podwyższonem ciśnieniu, artretyźmie, lub migrenie.

Polecana przez autora dieta zakwaszająca przy epilepsji, zwana inaczej dietą ketonizującą, nie znalazła potwierdzenia. (Fetterman et H. Kumin. The Journal of Am. Med. Ass. 1. IV. 1933 r.).

Wogóle można powiedzieć, że sama teorja autora zasługuje na uwagę i posiada dużo słuszności, ale traktowana jest w dziele powyższem w sposób zbyt jednostronny, argumenty autora są w licznych wypadkach nie dość uzasadnione, co odbiera książce jej zasłużoną skądinąd wartość.

Prof. W. Moraczewski (Lwów).

Psychoterapja. Ziołolecznictwo. JERZY LYPA. Str. 184. Warszawa 1933.

Pożyteczna ta książka podaje zwięźle własności i stosowanie ziół i roślin. Po wstępie historycznym omawia autor podział roślin według ich chemicznych składników, poczem wylicza najważniejsze z nich wedle ich własności leczniczych. Druga część książki mieści w sobie recepty na wzór kalendarzy lekarskich sporządzone: t. j. wedle alfabetycznego spisu chorób. Część uzupełniająca nazwana jest przez autora zielnikami i zawiera spis ziół używanych przez Mag. J. Biegańskiego, Ks. S. Kneippa oraz środki popularne i ludowe.

Przy końcu podana jest cenna literatura fachowa i popularna. Dziełko to zasługuje ze wszech miar na uwagę i niewątpliwie oddać może cenne usługi. Przedmowa Prof. Jana Muszyńskiego z Uniwersytetu Wileńskiego należycie oświetla znaczenie ziołolecznictwa. *Prof. W. Moraczewski* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Mikrobiologja i serologja.

Alergja, dziesięć różnych wyrażeń na to samo słowo. A. TZANCK i V. OUMANSKY. Pres. Méd. Nr. 34. 1933.

Autorowie starają się dokładnie zdefinjować pojęcie alergji i oddzielić je od wielu innych pojęć, z któremi często alergja jest mieszana. Uważają, że w znaczeniu Pirqueta alergja jest to stan zmienionego oddziaływania organizmu w stosunku do drobnoustroju, można więc mówić o alergji przy powtórnem szczepieniu ospy, o alergji gruźliczej lub kiłowej, ale nie można zaliczać do zjawisk alergicznych takich stanów jak przewrażliwości soków lub tkanek wykazywanych różnemi reakcjami skórnemi ani też przewrażliwości na różne ciała chemiczne. Stany takie jak anafilaksja, wstrząs, przewrażliwość, nietolerancja, oporność nie mogą być mieszane razem z alergją, jeśli nie chcemy rozszerzać tego pojęcia w nieskończoność, jak to chcą niektórzy, twierdząc, że „alergja to życie". Dlatego należy pozostać przy klasycznem znaczeniu tego wyrazu i przez alergję rozumieć stan wzajemnego ustosunkowania się dwóch istot żywych — makro- i mikroorganizmu, stan, w którym splecione są ze sobą zjawiska odporności i przewrażliwości lub niewrażliwości. *Skowroński* (Lwów).

Doświadczenia ze sztucznem uczulaniem zwierząt drogą oddechową. HLAVAČEK. Časop. Lék. Česk. 1932, z. 38.

U zwierząt uczulonych pozajelitowo można drogą oddechową wywołać wstrząs anafilaktyczny, kończący się śmiercią. Przez wdychiwanie antygenu możliwem jest uczulanie świnki morskiej, co wykazać można wywołaniem wstrząsu anafilaktycznego przy pomocy dosercowego zastrzyku antygenu według doświadczenia Schultze'go i Dale'a. Zwierzęta, które przeżyły wstrząs, wykazywały zwiększoną ilość leukocytów kwasochłonnych w błonie śluzowej dróg oddechowych i płuc; ta zwiększona ilość kwasochłonnych nie występuje bezpośrednio po wstrząsie, lecz dopiero po kilku godzinach. Największą ilość leukocytów kwasochłonnych zawierała błona śluzowa zwierząt, u których wstrząs lub uczulenie wywoływano bezpośredniem działaniem antygenu na błonę śluzową. Obecność komórek kwasochłonnych w tkance jest objawem miejscowego odczynu anafilaktycznego. Liczba ich jest wskaźnikiem intensywności tego odczynu. Stopień uczulenia zależny był od czasu działania antygenu na błonę śluzową.

Ungar (Lwów).

Odróżnianie typów prątka gruźliczego oraz porównanie szczepienia tuberkuliną w gruźlicy skóry. K. ZIELER. Med. Klin. Nr. 22. 1933.

Odróżnianie schorzeń skóry wywołanych prątkiem gruźliczym typu ludzkiego i zwierzęcego jest możliwe tylko drogą posiewów na pożywkach lub drogą szczepień na zwierzętach. Natomiast nie udaje odróżnić się tych cierpień przez szczepienie tuberkuliną pochodzącą z różnych typów prątków.

Z. Godlowski (Kraków).

Znaczenie dodatniego wyniku reakcyj serologicznych w gruźlicy płuc kiłowych. L. DUNNER, R. MAYER. Med. Klin. Nr. 23, 1933.

U chorych na gruźlicę płuc występuje niekiedy dodatni wynik odczynów serologicznych kiłowych, mimo braku danych anamnestycznych, klinicznych i autoptycznych, przemawiających za istnieniem kiły. Obserwowano u chorych cierpiących na gruźlicę, w miarę postępowania procesu chorobowego przejście ujemnego w dodatni wynik reakcji serologicznej. Jest możliwe istnienie nieswoistej dodatniej reakcji serologicznej kiłowej u gruźliczych, udowodnić tego jednak nie można.

Z. Godlowski (Kraków).

Odczyn R. Müllera. J. POLLAK. Med. Klin. Nr. 12, 1933.

Odczyn Müllera przy zakaźnych schorzeniach przewodu pokarmowego jak dur, paratyfusy i t. d. jest swoistym i daje szybko odpowiedź. Stopień jego czułości jest conajmniej ten sam co w odczynie Widala, z tem, że niektóre surowice nosicieli oddzia-

Iywują dodatnio tylko w odczynie Müllera. Natomiast skala rozcieńczenia surowicy, dającej odczyn Müllera, jest znacznie mniejsza niż przy aglutynacji. Czasem spotyka się odczyny grupowe tak, że przy wyniku dodatnim należy aglutynacją odróżnić gatunki należące do tej samej grupy (dur, paratyfusy, czerwonka).
Z. Godlowski (Kraków).

Szczepienie przeciw gruźlicy przez podawanie doustne szczepionki BCG u młodzieży i ludzi dorosłych. A. CALMETTE. Pres. Méd. Nr. 20. 1933.

Szczepienie tą metodą u dzieci jest już oddawna praktykowane, natomiast przypuszcza się, że u starszych błona śluzowa jest już mniej przepuszczalna dla prątków gruźliczych. Ponieważ wstrzykiwanie szczepionki nie zawsze daje się łatwo przeprowadzić, przeto autor chciał się przekonać, czy szczepienie doustne zmieni reakcję u osobników niereagujących na tuberkulinę. Doświadczenia wykonano w Afryce podzwrotnikowej w środowisku mało zakażonem gruźlicą u uczniów niereagujących na tuberkulinę. Po kilku miesiącach po jednorazowem u niektórych po dwukrotnem podaniu doustnem szczepionki, na 149 już 98 (65.8%) uzyskało odporność t. zn. zaczęło reagować na tuberkulinę. Takie szczepienie ochronne u dorosłych jest szczególnie wskazane u ludzi nie alergicznych, narażonych na masowe zakażenie gruźlicą, np. u pielęgniarek i studentów medycyny. Doświadczenia przeprowadzone w Oslo w szkole pielęgniarskiej z uczenicami mającemi Pirqueta ujemnego dowiodły, że ochronne szczepienia jedno- lub dwukrotne dają dobre wyniki, chroniąc pielęgniarki przed następowem zakażeniem. Takie same szczepienia winny być przeprowadzone u studentów medycyny z Pirquetem ujemnym i nie powinno się ich dopuszczać przedtem do szpitali.
Skowroński (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Cukrzyca, gruźlica i leczenie sztuczna odmą piersiową. H. BASABE. El Dia Médico. Nr. 53. 1933.

Autor przytacza przypadek, w którym sztuczną odmą piersiową nietylko zatrzymał sprawę gruźliczą płucną, lecz również tolerancja na cukier znacznie się podniosła. Cukier we krwi obniżył się ze 190 mg% na 130 mg%. Jednakowoż pacjentka ta obok diety była też leczona insuliną. Przez 3 lata pacjentka jadała wszystko. Po 3 latach spowodu zrostów nie udało się założyć odmy sztucznej — tym razem ani dieta, ani insulina nie zdołały poprawić przemiany węglowodanowej. Pacjentka zmarła. Autor przyjmuje więc lecznicze działanie odmy sztucznej na przemianę węglowodanową.
Mester (Kraków).

Cukromocz nerkowy w przebiegu świeżych posiewów gruźliczych drogą krwi. H. MAYERHOFER. Med. Klin. Nr. 23. 1933.

W przebiegu świeżych posiewów gruźliczych autor stwierdzał cukromocz, który ze względu na niski poziom cukru we krwi, jego charakter przejściowy uważa za nerkowy. Jako przyczynę przyjmuje działanie jadów gruźliczych albo wprost na naczynia nerkowe albo przez układ współczulny. Objaw ten uważa autor za przejściowy i nieszkodliwy dla chorego.
Z. Godlowski (Kraków).

Leczenie gruźlicy krtani i płuc solami złota. J. ROZIER, W. JULLIEN i H. MOLLARD. Pres. Méd. Nr. 44. 1933.

Autorowie leczyli 38 przypadków gruźlicy krtani, z tego było 14 wyleczonych, 12 z wyraźną poprawą, 11 pozostało bez zmiany i 1 pogorszenie. Obecność gruźlicy krtani nie jest więc przeciwwskazaniem do stosowania złota, zmiany w krtani leczą się dobrze, jeśli są ograniczone i niema jeszcze stadjum wrzodziejąco-obrzękowego. Poprawa zmian w płucach i w krtani idzie zazwyczaj równocześnie, czasem jednak krtań goi się lepiej jak płuca.
Skowroński (Lwów).

Czy można wyleczyć gruźlicę preparatami leczniczemi. R. JAKSCH-WARTENHORST. Med. Klin. Nr. 23, 1933.

Ponieważ prątek gruźlicy i prątek trądu zbliżają się do siebie pod względem cech hodowlanych, morfologicznych oraz zdolności barwienia, dlatego starano się preparatami chaulmogrowemi leczyć również gruźlicę, sądząc, że będzie można działać w organiźmie chorym bakterjobójczo wprost na samego prątka gruźlicy. Autor we własnych doświadczeniach, stosując ów preparat nie widział korzystnego wpływu jego na przebieg cierpień gruźliczych. Stwierdził jednak, że rozmaite przetwory chaulmogrowe są tak ulepszone, że coraz mniej działają szkodliwie na przewód pokarmowy i dlatego dalsze badania w tym kierunku są wskazane, jakkolwiek nie spodziewa się uzyskać tą drogą większych wyników.
Z. Godlowski (Kraków).

Leczenie tuberkuliną pogruźliczych nad- i poduczulonych spastycznych nieżytów oskrzeli i naczynioruchowych nieżytów nosa. W. NEUMANN. Med. Klin. Nr. 23, 1933.

Autor poleca w wymienionych schorzeniach leczenie tuberkuliną, który to sposób ma wielkie zalety lecznicze we wszystkich maskach gruźliczych.
Z. Godlowski (Kraków).

Leczenie sanatoryjne jako podstawa leczenia gruźlicy płuc. E. SERGENT. Pres. Méd. Nr. 44. 1933.

Spowodu rozpowszechnienia się nowszych metod leczenia uciskowego i chirurgicznego odzywają się głosy, że leczenie sanatoryjne obecnie nie ma tego znaczenia co dawniej. Autor zbija te twierdzenia i z naciskiem podkreśla, że leczenie to nie straciło wcale na swej wartości i dlatego jest zwolennikiem zakładania tanich sanatorjów przeciwgruźliczych, nawet w obecnych ciężkich czasach.
Skowroński (Lwów).

Samoistna odma wentylowa. C. BIBICESCU. Pres. Méd. Nr. 37, 1933.

Autor opisuje przypadek odmy samoistnej, która wystąpiła jako powikłanie przy zakładaniu odmy sztucznej u osobnika z jamą płucną podopłucnową. W kilka minut po wprowadzeniu 350 cm³ powietrza przy ciśnieniu 12, — nastąpiło pęknięcie jamy płucnej i chory zaczął odczuwać duszność, która powiększała się w następnych godzinach. Przez punkcję opłucnej usuwano kilkakrotnie po kilkaset cm³ powietrza. Po 3 dniach stan chorego poprawił się. Odma naturalna powstała wskutek pęknięcia podopłucnowej jamy płucnej spowodu dużej różnicy ciśnień, dlatego też nie należy kończyć zakładania odmy sztucznej przy dużem ciśnieniu ujemnem, ale trzeba wprowadzić odrazu większe ilości powietrza.
Skowroński (Lwów).

Kilkuletnie doświadczenia odczynem Botelhowa. L. RIEDL. Čas. Lek. Česk. Z. 9. 1933.

Na 222 przypadków raka różnych narządów, który rozpoznawany był klinicznie, rentgenologicznie, chirurgicznie, autopsją i histologicznie, w 217 przypadkach wynik był dodatni, w 7 ujemny, a to jak przy stosowaniu oryginalnej metody Botelhowa, tak i w modyfikacji Cabanis-Foulgierowa. Najwięcej dodatnich wyników stwierdzono w przypadkach raka przewodu pokarmowego i narządu rodnego u kobiet, ujemne wyniki tyczyły się raka skóry, twarzy, gruczołu tarczowego i piersi. Badano dalej, jak długo po zabiegu chirurgicznym lub innem leczeniu raka utrzymuje się odczyn dodatni, i stwierdzono, że w niektórych przypadkach były odczyny dodatnie jeszcze prawie rok po leczeniu radykalnem, w niektórych przypadkach zaś ujemne wyniki przed operacją zmieniły się w dodatnie po tejże. W 25 przypadkach dobrotliwych nowotworów były odczyny w 2 przypadkach słabo dodatnie. W 100 przypadkach schorzeń innych pochodzenia nierakowego znaleziono odczyny dodatnie przy *atonia ventriculi*, wysiękowem zapaleniu opłucnej, wrzodzie żołądka, reumatyźmie stawowym, influency, zapaleniu wyrostka robaczkowego, zapaleniu dwunastnicy, stanie po tracheotomji, zapaleniu płuc odoskrzelowem, zapaleniu otrzewnej miedniczej. Jakkolwiek odczyn ten nie jest swoistym, można go jednak zaliczyć do innych metod badania, zwłaszcza w zakładach, aczkolwiek dzięki prostocie tegoż odczynu można metodę tę polecić i praktykowi.
Ungar (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Patologów Polskich (oddział poznański) i Wydział Lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Wspólne posiedzenie z dnia 7 kwietnia 1933 roku.
Przewodniczący: Prof. L. Skubiszewski i Doc. Płk. Dr. T. Kucharski.

Na miejsce ustępującego sekretarza Tow. Pat. Pol. (oddział poznański) Doc. Dr. Zeylanda został wybrany Dr. L. Konkolewski.

1) Doc. Dr. J. Zeyland wygłasza odczyt p. t. *„Badania wskaźnika monocytowo-limfocytowego w gruźlicy z zastosowaniem metody suprawitalnego barwienia krwi"*. (Ukaże się w czasopiśmie „Gruźlica").

2) Doc. Dr. J. Zeyland przedstawia:

a) *Scleroma adiposum subcutaneum* (synonimy: stwardnienie skórne uleczalne noworodków, *scleroderma neonatorum, adiponecrosis subcutanea neonatorum, cytosteatonecrosis).*

Dziecko 4 mies. (Klin. 132/32.) przyjęte do Kliniki Chorób Dziecięcych U. P. spowodu obustr. zaćmy wrodzonej i licznych guzków twardych, rozsianych symetrycznie na kończynach. Dla ustalenia rozpoznania wycięto jeden guzek (Doc. F. Skubiszewski). Histologicznie ref. stwierdził zmiany typowe dla wymienionego schorzenia: pasma łącznotkankowe wśród tkanki tłuszczowej podskórnej rozwinięte w większym stopniu niż w normie, miejscami wprost ogniska z fibroblastami, limfocytami i pojedyńczemi komórkami olbrzymiemi. Barwienie Sudanem III ujawniło oprócz kulek tłuszczowych obecność igiełek cholesterynowych, leżących wewnątrz owych komórek olbrzymich.

Wszystkie guzki stopniowo cofnęły się w następnych miesiącach.

Wkońcu ref. wspomina o poglądach autorów na sprawę patogenezy, których zdaniem oziębienie i uraz odgrywają dużą rolę w powstawaniu owych zmian.

Przypadek ten będzie ogłoszony przez Dr. Uchocką wraz z mikrofotogramami w „Pediatrji Polskiej".

b) *Zwężenie zastawkowe jelita cienkiego* u dziecka 19-mies. (prot. K. 7/32).

Dziecko zachorowało nagle, niespełna 2 dni przed przyjęciem do Kliniki Chorób Dziecięcych. Lekarz w mieście rozpoznał zatrucie pokarmowe i przekazał na oddział, gdzie 3—4 godz. po przyjęciu nastąpiło zejście śmiertelne.

Sekcja, wykonana 3 godz. po śmierci, wykazała w jamie brzusznej zmiany typowe dla niedrożności jelit, którego przyczyną było zwężenie zastawkowe jelita, tuż za dwunastnicą. Odcinek jelita ponad zastawką był niepomiernie rozszerzony, prawie większy od żołądka. Otwór w miejscu zastawki przepuszczał ledwie zapałkę, na skutek obrzęku błony śluzowej.

Pertik i Preisich uważają takie zastawki za nadmiernie rozwinięte fałdy Kerkringa. Są one rzadkie, w całem piśmiennictwie znaleźć można tylko kilka przypadków, jeden z nich nawet z 2 zastawkami, leżącemi jedna za drugą (Preisich).

c) *Martwica prosówkowa wątroby u dziecka 2-mies.* (Prot. K. 2/32).

Ref. nawiązuje do jednego już poprzednio (Pediatrja Polska 1930, str. 160) opisanego przez siebie przypadku, u którego w ogniskach martwicy znalazł srebrochłonne pałeczki. W obecnym przypadku wątroba wykazywała na przekroju liczne punkcikowate ogniska szarożółte, przeświecające także przez torebkę. Mikroskopowo składały się te ogniska z komórek jednojądrzastych i leukocytów i ośrodkowej martwicy wskutek rozpadu jąder komórkowych. W preparatach gramowych wszędzie bez szczególnego umiejscowienia pojedyńcze ziarenka i krótkie laseczki gramododatnie. W preparatach srebrzonych brak srebrochłonnych pałeczek. Badanie bakterjologiczne (Dr. Piasecka - Zeyland): w hodowlach na zwykłych pożywkach *b. coli* i grubsze laseczki (podobne do *b. subtilis),* zawiesina wątroby zastrzyknięta 2 myszkom spowodowała śmierć po 2 dniach; w narządach myszek, zwłaszcza w wątrobie, brak zmian, także w preparatach histologicznych.

Przypadek ten nie wyjaśnia nadal przyczyny ostrej martwicy prosówkowej wątroby niemowląt; wykazuje on jedynie, że zgodnie z poglądem Schwarza nie można, jak to uczynił ref. w I. przyp., przypisywać srebrochłonnym pałeczkom znaczenia patogenetycznego.

W dyskusji zabierają głos Prof. Skubiszewski i Doc. Zeyland.

3) Dr. W. Dullin: *Przypadek torbieli wątroby wyścielony nabłonkiem wałeczkowatym rzęskowym.*

Torbiele takie wyjątkowo rzadko spotyka się na sekcji. Z dostępnego piśmiennictwa zebrano 16 przypadków. Są to twory niewielkie, leżące na przedniej powierzchni prawego płatu wątroby, tuż pod torebką narządu. Co się tyczy genezy tych torbieli, to prawie wszyscy autorzy z Aschoffem na czele zgodni są w tem że są one pochodzenia zarodkowego, a mianowicie pochodzą one z pozostałości przewodu pępkowo-jelitowego. W przyp. omawianym torbiel była ułożona w miejscu typowem, wielkości orzecha laskowego. Histologicznie stwierdzono, że torbiel wyścielona jest nabłonkiem, który wykazuje najróżnorodniejsze przejścia od płaskiego do typowego nabłonka wałeczkowatego rzęskowego. W ścianie łącznotkankowej stwierdzono włókna mięśni gładkich oraz cewkowe gruczoły śluzowe *(tubulöse Schleimdrüsen* — v. Recklinghausen), niemające jednak łączności z wnętrzem torbieli. Sokoloff omawiając punkt wyjścia opisanego przez siebie gruczolako-raka z komórkami rzęskowemi bierze pod uwagę ten rodzaj torbieli wątroby. (Rzecz ta drukuje się w *„Zeitschrift f. Krebsforschung")*.

W dyskusji zabierają głos: Prof. Skubiszewski i Doc. Łabendziński.

Dr. Suwalski i Dr. Danielewski: *Przypadek nowotworu mieszanego lewego stawu mostkowo-obojczykowego.*

W przypadku tym chodziło o dziewczynkę 10-letnią, u której stwierdzono guz wielkości jaja kurzego w obrębie wcięcia szyjnego. Dwukrotnie wykonano nakłucie guza i za każdym razem wydobyto płyn krwisty. Podczas operacji przekonano się, że guz ten wychodził z torebki lewego stawu mostkowo-obojczykowego, przytwierdzony do tej torebki wąską szypułą. Badanie mikroskopowe guza wykazało, iż chodzi w tym przypadku o nowotwór mieszany łącznotkankowy, zbudowany z komórek łącznotkankowych embrjonalnych, układających się w postaci gniazd, z tkanki łącznej włóknistej, ze zatokowato rozszerzonych przestrzeni wypełnionych krwinkami czerwonemi, następnie z pasm mięśni gładkich, z chrząstki włóknistej oraz z tkanki kostnej. (Praca ukaże się w „Chirurgji Narządów Ruchu").

5) Doc. Dr. Raszeja i Dr. Danielewski: *Przypadek śluzaka człona palca nogi.*

U mężczyzny 18-letniego stwierdzono klinicznie oraz rentgenologicznie torbiel w członie podstawowym IV palca lewej stopy. Zawartość torbieli, którą stanowiła masa galaretowata barwy mleczno-białej, wyskrobano, a badanie histologiczne wykazało, iż chodziło w tym przypadku o śluzaka. (Praca ukaże się w „Chirurgji Narządów Ruchu").

6) Doc. Łabendziński, Dr. Wasilewski i Dr. Danielewski: *O gruźlicy i kile równoczesnej krtani.*

W przypadku tym chodziło o mężczyznę 38-letniego, u którego stwierdzono obok gruźlicy płuc i krtani równocześnie przebiegający proces kiły III-rzędnej w krtani, co zostało następnie potwierdzone na stole sekcyjnym oraz w preparatach mikroskopowych wycinków z krtani. Mianowicie w obrazach mikroskopowych stwierdzono obok typowych gruzełków gruźliczych ziarninę kiłową, oraz drobne kilaki. Zmiany te wystąpiły na tylnej ścianie nagłośni oraz na fałdach nalewkowo-nagłośniowych, szczególnie po stronie prawej. Prątków Kocha w preparatach barwionych Ziehl-Neelsenem, jak również krętków bladych w preparatach impregnowanych metodą Levaditiego nie dało się stwierdzić.

W dyskusji zabierają głos: Prof. Skubiszewski, Doc. Łabendziński i Dr. Wawrzyniak.

7) Dr. E. Stöckl: *Rozpoznanie przerzutów nabłoniaka kosmówkowego zapomocą próby biologicznej* Aschheima-Zondeka.

Przypadek nabłoniaka kosmówkowego z przerzutem do przedniej ściany pochwowej podlegał leczeniu energją promienistą. Chora otrzymała 4800 r. promieni Roentgena oraz 26 mg. R. E. na 48 godzin do jamy macicznej i 26 mg R. E. na guz pochwowy na przeciąg 24 godzin. Próba biologiczna Aschheima-Zondeka wykonana po 21 dniach wypadła dodatnio i była jeszcze dodatnia 39 dni po napromienianiu. Spowodu dobrego stanu ogólnego i prawidłowego stanu części rodnych zwolniono chorą z kliniki do dalszego napromieniania za 8 tygodni. Po ponownem przyjęciu chorej do kliniki stwierdzono prawidłowy stan części rodnych oraz dobry stan ogólny; próba biologiczna była jednak silnie dodatnia, co przemawiało za istnieniem przerzutów utajonych. Wystąpienie kaszlu i duszności u chorej nasunęło podejrzenie w kierunku obecności ognisk przerzutowych w płucach, co istotnie potwierdzonem zostało badaniem fizykalnem płuc oraz prześwietleniem klatki piersiowej, które wykazało liczne ogniska nowotworowe w płucach, wyjaśniające tem samem dodatni wynik próby biologicznej. Nadmienić należy, że wykazanie przerzutów płucnych za życia należy do wielkich rzadkości. Chora zmarła po kilkudniowym pobycie w klinice. Sekcja zwłok wykazała rozległe przerzuty płucne i mózgowe, części rodne makroskopowo nie wykazały zmian nowotworowych. Badanie mikroskopowe jednak wykazało w macicy obecność ognisk nowotworowych, w śluzówce oraz w mięśniówce.

Sekr. Wydz. Lek. T. P. N. *F. Łabendziński.*
Sekr. Tow. Pat. Pol. (oddz. pozn.): *L. Konkolewski.*

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół X. posiedzenia z dnia 22 marca 1933 r. odbytego wspólnie z III. posiedzeniem Wil. Koła Tow. Internistów Polskich.

Przewodniczy: Dr. Świeżyński przy udziale prof. Januszkiewicza.

1. Prof. Michejda przedstawia: a) Przypadek *torbielowatego zwyrodnienia ścięgien powierzchownego zginacza palców prawej ręki (Degeneratio cystica tendinis m. flex. digit. sublimis).* Etjologja nieznana (przypadek będzie ogłoszony drukiem).

b) Chorego, lat 48 z *neuralgją nerwu trójdzielnego lewego z zajęciem drugiej i trzeciej gałązki.* U chorego wyczerpano wszystkie konserwatywne metody leczenia, wobec czego prele-

gent dokonał przed 10 dniami wycięcia zwoju Gassera metodą sfenotemporalną Doyen-Lexera. Chory stracił nerwobóle natychmiast po zabiegu, obecnie żadnych bólów nie odczuwa. Pozostało porażenie nerwu twarzowego lewego. Prelegent omawia technikę zabiegu i genezę porażenia nerwu twarzowego.

2. Doc. Dylewski demonstruje chorego lat 46, rolnika, który zgłosił się do Kliniki Oto-laryngologicznej ze skargami na niemożność połykania stałych pokarmów. Wobec podejrzenia na nowotwór złośliwy przełyku umieszczono chorego w klinice. Narządy wewnętrzne bez zmian. Skóra całego ciała i głowy pokryta licznemi guzami rozmaitej wielkości od rozmiarów ziarna grochu do męskiej pięści. Guzy te zaczęły powstawać w 15 roku życia. Według określenia dermatologów jest to rzadka, bo niezwykle silnie rozwinięta postać *neurofibromatosis* (Recklinghausena). Badanie neurologiczne chorego wykazało prawie całkowite zniesienie odruchów gardłowych przy wzmożeniu odruchów z innych błon śluzowych, odruchów skórnych i ze ścięgien. Odruchów patologicznych brak, czucie wszystkich rodzajów zachowane. Próbne karmienie chorego wykazało, że pokarmy stałe, zwłaszcza suche, zatrzymują się w gardle dolnem i nie przechodzą do przełyku. Przy próbach połykania ich chory się krztusi. Pokarmy zaś zapijane nawet małą ilością wody łatwo przechodzą do żołądka. D'Arsonwalizacja okolicy krtani ułatwia w pewnym stopniu połykanie. Badanie rentgenologiczne wykazało, że kaszka przez pewien czas zatrzymuje się przy wejściu do przełyku i ma tendencję wpadania do krtani, lecz potem przechodzi do przełyku i żołądka swobodnie. Ezofagoskopja zmian patologicznych w przełyku nie stwierdziła. Dotychczasowe badania i obserwacje przemawiają za tem, że zaburzenia połykania są pochodzenia czynnościowego. Chory będzie poddany dalszym szczegółowym badaniom i obserwacji.

3. Doc. St. Mahrburg i Dr. L. Pomeranc: *Pokaz preparatu anatomo-patologicznego.*

Dr. Pomeranc: Prelegent 8. II. b. r. przedstawił tutaj chorego z objawami moczówki prostej i zarazem ze znamionami charłactwa — skórą blado-żółtą, suchą, pofałdowaną i pomarszczoną na twarzy, rzadkiem uwłosieniem twarzy i niskiem ciśnieniem krwi. Chory ten miewał bóle głowy i wymioty, miał pamięć osłabioną, był senny, okresami tracił przytomność. Rozpoznano *Cachexia hypophysaria s. m-bus Simmondsi* oraz *diabetes insipidus*. Rozpoznanie to było potwierdzone: a) zdjęciem czaszki, które wykazało całkowite niemal zniszczenie grzbietu siodełka, częściowe zniszczenie *limbus sphenoidalis* i *tub. Sellae*, zatoka klinowa wypełniała sobą niemal całkowicie kość klinową, blaszka kostna, tworząca dno siodełka, była bardzo ścieńczała. b) Badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Wyniki tych badań przemawiały za guzem przysadki lub jej okolicy. Zastosowano leczenie substytucyjne, polegające na podawaniu hipofizyny Klawego po 1 ampułce 2 razy dziennie z przedniego i tylnego płatów przysadki. W ciągu pierwszych 14 dni takiego leczenia stan chorego poprawił się. Waga wzrosła z 46 kg do 49,5 kg. Stan psychiczny poprawił się, objawy moczówki prostej ustąpiły. Po 3 tygodniach jednak stan chorego stopniowo zaczął się pogarszać, szybko tracił na wadze, senność wzmogła się, stan psychiczny uległ znacznemu pogorszeniu, stracił orjentację co do miejsca i czasu i wkońcu nie poznawał członków rodziny. 28 lutego wystąpiło nagłe pogorszenie, stracił mowę i popadł w śpiączkę. W stanie takim pozostawał do chwili zejścia śmiertelnego, które nastąpiło 5. III. Na sekcji stwierdzono: *Tumor (endothelioma)* w okolicy *tuber cinereum*, zniszczenie grzbietu siodełka, przysadka, aczkolwiek była nieco spłaszczona wskutek ucisku, nie wykazywała cech, świadczących o niewydolności przedniego płatu, znaleziono w nim dużo komórek kwasochłonnych, co świadczy raczej o nadczynności.

Przypadek ten jest interesujący ze względu na rzadkość występowania choroby Simmondsa, w dodatku wywołanej zmianami w okolicy *tuber cinereum*, a nie w przedniej części przysadki.

Doc. Mahrburg demonstruje preparaty anatomiczne omawianego przypadku. Na preparacie mózgu daje się stwierdzić w okolicy śródmóżdżka, ku przodowi od mostu Warola guz wielkości dużego kasztana, nazewnątrz ku dołowi guz ten wypukła się w postaci wypełnionej płynem torbieli. Na przekroju widać, iż guz jest otoczony ze wszystkich stron dość grubą torebką, wyraźnie oddzielającą go od otaczającej tkanki mózgowej, wewnątrz guz zawiera przejrzysty płyn oraz kruche, ziarniste masy. Guz głęboko przenika w kierunku komory 3, niszcząc okoliczną tkankę. Przysadka nieduża, nieco spłaszczona w wymiarze strzałkowym, szypuła jej jest bardzo długa i ścieńczała. Obok tego kość klinowa wykazuje następujące zmiany: grzbiet siodełka znajduje się w stanie zaniku, siodełko i przylegające skrzydła kości klinowej ścieńczałe i mają grubość cienkiego płatka papierowego. Pozatem na sekcji stwierdzono: nieznaczny przerost grasicy oraz powiększenie węzłów chłonnych. Badaniem histologicznem guza stwierdzono, że jest to śródbłoniak, powstały z nabłonków, wyścielających opony twarde. Badanie histologiczne przysadki wykazuje wybitnie dużą ilość komórek kwasochłonnych, które są, jak wiadomo, elementami czynnemi przedniego płatu, spotykanemi w dużej ilości w akromegalji. Już podczas oględzin zwłok stwierdzono obok wybitnego wyniszczenia cechy akromegalji: osobnik był nadmiernie wyrosły, o bardzo długich kościach kończyn, zgrubiałych przy nasadach, o dużych stopach i dłoniach, szczęka dolna bardzo mocno rozwinięta, nos duży, garbaty.

W dyskusji prof. Eiger zaznacza, że przypadek powyższy jest bardzo cenny, gdyż rzuca światło na rolę w ustroju ośrodków, zgrupowanych w *tuber cinereum.*

4. Dr. Wł. Łobza: *Pokaz zdjęcia rentgenowskiego.* Prelegent przypomina demonstrowany na ostatniem posiedzeniu Towarzystwa przypadek ropnia zimnego, umiejscowionego w śródpiersiu tylnem dolnem i przedstawia zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej innego chorego, 25-letniego kowala, który zgłosił się do przychodni II. Kliniki Wewnętrznej U. S. B. ze skargami na ból w okolicy lędźwiowo-krzyżowej. Cierpienie rozpoczęło się stopniowo przed 2 laty. Przy badaniu stwierdzono objawy *spondylitis tuberculosa,* dotyczące 11 kręgu piersiowego. Narządy wewnętrzne bez zmian. Na zdjęciu rentgenowskiem ujawniono cień, umiejscowiony, jak i w poprzednim przypadku, w śródpiersiu tylnem dolnem.

W dyskusji prof. Januszkiewicz wyjaśnia, że gdy pierwszy przypadek przedstawiał się zagadkowo wobec braku jakichkolwiek wskazówek co do miejsca powstania domniemanego ropnia (cień), to w tym drugim badanie fizykalne kręgosłupa oraz badanie rentgenowskie wskazały na zmiany gruźlicze w trzonie XI kręgu piersiowego. Ropień stąd powstały dał w obrazie rentgenowskim cień o kształcie zupełnie takim, jak w przypadku pierwszym. Ale w tym drugim przypadku zmieniony (zmiażdżony) trzon kręgu znajduje się w dolnej rozszerzonej części ropnia, którego cień stąd idzie ku górze, stopniowo się zwężając. Widocznie ropa z tej okolicy ma ujście łatwiejsze ku górze, niż ku dołowi, więc nie jest to ropień „opadowy" w pojęciu ścisłem. Okoliczność ta jeszcze bardziej utrudnia określenie miejsca wyjścia ropnia w przypadku pierwszym.

5. Dr. St. Januszkiewicz: *Kimografja radjologiczna serca.* Kimografja radjologiczna serca polega na fotografowaniu go poprzez przesłonę, przerżniętą wąskiemi szczelinami. Na konturze serca na zdjęciu kimograficznem uwidaczniają się zazębienia o różnym kształcie i wielkości rozmaitej na poszczególnych odcinkach serca. W związku z tem rozróżniamy typ zazębień komorowych, przedsionkowych i tętniczych. Kimografja daje możność bezpośredniego utrwalenia ruchów serca i pozwala oceniać zasadnicze cechy tego ruchu, jak jego miarowość, oraz wzajemny stosunek w odniesieniu do różnych części serca, ułatwia odgraniczanie serca i wielkich naczyń od otoczenia i rozpoznanie natury guzów, łączących się z cieniem środkowym. Ponadto metoda ta, jak się zdaje, umożliwia ocenę stopnia sprawności serca skądinąd zupełnie prawidłowego i wprowadza pewne zmiany do ustalonych pojęć o przynależności danego odcinka konturu do tej czy innej części serca.

Prelegent podał dokładny opis kimografu własnej konstrukcji i zapomocą 20 zdjęć ilustrował rozmaite dziedziny zastosowania omawianej metody.

6. Prof. A. Januszkiewicz: *Elektrokardjografja kliniczna. Aparatura II. Kliniki Wewnętrznej U. S. B. Normalna krzywa elektrograficzna.*

Prelegent podał szczegółowy opis elektrokardjografu dwustrunowego, jakim posługuje się w swojej klinice, firmy Siemens i Halske, oraz przedstawił w krótkim zarysie historję ulepszeń technicznych, które się złożyły na galwanometr Einthovena, jako typ strunowego i cewkowy (lusterkowy) wspomnianej firmy. Następnie przeszedł do omówienia zjawisk elektrycznych w ustroju, uzasadnił teoretycznie postać dwufazową krzywej elektromyogramu, omówił powstawanie prądów czynnościowych w sercu i wskazał na możność odprowadzania ich nietylko bezpośrednio z serca, ale i z powierzchni skóry, na którą przechodzą, układając się według pewnych praw. Prawa te starał się pierwszy Waller ująć w postacie schematu, przedstawiającego szeregi linij na przedniej powierzchni klatki piersiowej. Poszczególne linje łączą punkty o jednakowych potencjałach. Zgodnie z tym schematem przyjęte zostały w badaniach klinicznych 3 zasadnicze odprowadzenia prądów czynnościowych serca. Wykład był ilustrowany zdjęciami rozmaitych części aparatu i normalnych Ekg-mów.

Sekretarz: *Doc. Dr. W. Zaleski.*

Protokół XI Posiedzenia z dnia 29 marca 1933 r. wspólnie z Wileńskiem T-wem Neurologicznem.

Przewodniczący Prof. W. Jakowicki przy współudziale Prof. Władyczki.

1. Dr. Borysowicz przedstawia chorego Z. A. lat 54, który od 4 lat leczył się z rozpoznaniem *Residua post encephalitidem epid.*

Ostatnio chory został dostarczony do Kliniki Neurologicznej w stanie nieprzytomnym z objawami prawostronnego niedowładu połowiczego.

Poza objawami, zbliżonemi bardzo do prawostronnego niedowładu połowiczego, i cechami, przypominającemi stan pośpiączkowy, szczegółowe badanie wykazało ograniczoną miejscową bolesność przy opukiwaniu czaszki w okolicy lewego ciemienia, zaburzenie połowicze prawostronne czucia głębokiego i inne cechy nietypowe dla niedowładu połowiczego i nagminnego zapalenia mózgu. Objawy te obok podmiotowych skarg chorego na bóle głowy, połączone z wymiotami, skłoniły do rozpoznania guza mózgu w lewej okolicy ciemieniowej. Badanie pomocnicze (zdjęcie rentgenowskie, badanie dna oczu i inne) potwierdziły to rozpoznanie. (Szczegółowo opracowany przypadek zostanie podany do druku).

2. Dr. J. Borysowicz: *O guzach mózgu gruźliczego pochodzenia.* Referent podkreśla znacznie większy odsetek guzów mózgu gruźliczego pochodzenia w Klinice Neurologicznej, niż to podają statystyki Cushinga i Puuseppa. Dane swoje opiera na przypadkach sekcjonowanych lub operowanych. Po podaniu krótkich wiadomości o źródłach i drodze powstawania guzów gruźliczych mózgu oraz danych anatomo-patologicznych omawia przebieg kliniczny różnych postaci gruźlicy mózgu, dającej objawy guza mózgu.

Dalej podkreśla możliwość samowyleczenia. przedstawiając przypadki, w których badania kliniczne i pomocnicze pozwalały przypuszczać gruźliczy charakter guzów.

Ze względu na częstość gruźliczaków, możliwość samowyleczenia. niezawsze pomyślne wyniki operacyjnego usuwania gruźliczaków i częstość gruźliczaków mnogich — referent uważa za konieczne usiłowania rozpoznania za życia gruźliczego charakteru guza. Jest ono w wielu przypadkach możliwe i ma doniosłe znaczenie w wyborze sposobu leczenia chorych.

Wkońcu szczegółowo omawia objawy kliniczne oraz badania pomocnicze, które ułatwiają przyżyciowe rozpoznanie gruźliczych guzków. (Praca przeznaczona do druku).

W dyskusji zabiera głos Prof. S. Władyczko: Gruźliczaki w wieku dziecięcym wśród innych guzów mózgu zdarzają się prawie w 50% przypadków, u dorosłych liczby te są znacznie mniejsze. Doświadczenie osobiste z lat ostatnich wykazuje, że % tego rodzaju guzów u dorosłych jest większy, niż wykazują to statystyki, podane przez różnych autorów. Oblicza, iż w swojej praktyce w ostatnich 3-ch latach miał 30% gruźliczaków, stwierdzonych anatomo-patologicznie.

Zwraca uwagę na pewne cechy charakterystyczne dla gruźliczaków mózgu: najczęściej nieznaczne zmiany gruźlicze w płucach lub w innych narządach, długo trwające remisje objawów ogólno mózgowych i stosunkowo dobrego wówczas samopoczucia chorego, wybitne objawy ogólnej nerwicy w okresie początkowym, specjalne cechy płynu mózgowo-rdzeniowego (zmniejszona ilość cukru i chlorków).

Można nietylko rozpoznać guz, ale często ustalić jego pochodzenie gruźlicze przed zabiegiem chirurgicznym, biorąc pod uwagę wszystkie dane.

Doc. Dr. Wąsowski — na podstawie pracy Nylena podkreśla znaczenie oczopląsu położenia w rozpoznaniu umiejscowienia guza.

3. Dr. N. Baniewicz: *W sprawie schorzeń układu nerwowego po grypie.* Referent na wstępie wskazuje na opisy już dawno spotykane różnych postaci chorobowych po grypie: zapalenie opon, mózgu i zapalenie wielonerwowe. Następnie zarysowuje ich symptomatologię, przytaczając przypadki własne, obserwowane w Klinice Neurologicznej w Wilnie. W zapaleniu opon surowiczem zwraca uwagę na porażenie nerwów czaszkowych i tarczę zastoinową, które mogą wzbudzić podejrzenie istnienia guza mózgu.

Zapalenie opon, wywołane pałeczką Pfeiffera, uważa za oddzielną jednostkę chorobową, w której rokowanie nie jest bezwzględnie złe, a stosowanie surowicy swoistej łącznie z komplementem, którego brak podobno stwierdzono w płynie mózgowordzeniowym. mogłoby dać lepsze rezultaty.

Symptomatologja *encephalitis* po grypie jest bardzo rozmaita w zależności od siedliska procesu anatomo-patologicznego. Referent przytacza pokrótce przypadek z Kliniki Neurologicznej i z piśmiennictwa. Zwraca uwagę przytem na nieczęsto spotykane uszkodzenie nerwów czaszkowych o charakterze obwodowym, które po zastosowaniu leczenia ustąpiły. Dalej opisuje przypadek cierpienia, które wystąpiło po grypie banalnej, gdzie nie można było przeprowadzić ścisłego rozpoznania różniczkowego pomiędzy stwardnieniem wieloogniskowem ostrem i *encephalomyelitis.*

W zapaleniu wielonerwowem najczęściej zostaje uszkodzony nerw łokciowy i piszczelowy. Nerwobóle występują w grypie częściej, niż w innych chorobach zakaźnych. Spotykano też po grypie zapalenie nerwu i mięśnia jednocześnie. Ostatnio dwa takie przypadki obserwował Prof. Władyczko, w dwóch innych u referenta nie dało się wykazać etjologji grypowej. Również i zaburzenia układu współczulnego i dokrewnego występowały po grypie. Wkońcu referent wskazuje na brak możliwości odróżnienia grypy banalnej od innych postaci ze względu na nieznajomość właściwego czynnika etjologicznego, wobec czego różne schorzenia układu nerwowego, opisane w związku z grypą, najprawdopodobniej są różnej etjologji. Co do rokowania, to naogół nic ścisłego tutaj powiedzieć nie można. Przypadki referenta uległy prawie zupełnej poprawie. Stosowano środki salicylowe i urotropinę.

W dyskusji: Prof. Dr. Władyczko zwraca uwagę, że nie jest wykluczone, iż t. zw. grypa jest pojęciem grupowem i że dotychczas zaliczane do niej są różne schorzenia o różnej etjologji.

Prof. Władyczko zwraca uwagę, że w okresie panowania t. zw. grypy miewa zwykle chorych, u których nagle powstaje dysfunkcja tarczycy lub niedomoga chwilowa gruczołów przytarczowych, objawy lekkie Chwostka, Erba i t. p. Sądzi, że istnieje specjalna postać t. zw. grypy, którąby można nazwać gruczołowo-roślinną ze wzmożeniem jednocześnie zwykłych objawów neurastenicznych. Preparaty salicylowe lub urotropinowe dawały najlepsze w tych przypadkach wyniki.

Dr. Wirszubski przytacza swoje obserwacje tężyczki po grypie oraz często spotykany nerwoból nn. nadoczodołowych.

Dr. Świeżyński do objawów nerwowych w grypie, przytoczonych przez kol. Baniewicza, dodaje objawy spostrzegane w przebiegu obecnej grypy, a więc obok obrzęknięcia i silnego zaczerwienienia, obejmującego szczególnie łuki podniebienne. i braku wszelkich nalotów, występowanie bardzo silnych i uporczywych bólów podczas połykania i ruchów szyi *(neuralgiae).* W innych razach spostrzegał objawy *laryngitis sicca* lub zapalenia bębenka z tworzeniem się pęcherzyków, wypełnionych surowiczo-krwawą wydzieliną z bardzo silnym bólem neuralgicznym w okolicy ucha, zawrotem głowy i szumem w uszach, wreszcie krwawienie z nosa.

4. Doc. Dr. J. Hurynowiczówna omawia wyniki swych obserwacyj nad *stanem nerwów naczynioruchowych,* zbadanych zapomocą chronaksji i przyrządem onkometrycznym zaproponowanym przez referentkę w nadczynności tarczycy, stanach pośpiączkowych i przypadkach zaburzeń naczynioruchowych *(Synkope locale, acrocyanosis* i chorobie Reynaud'a), oraz w porażeniach n. promieniowego. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji: Prof. Dr. Władyczko zwraca uwagę na brak dokładnych objektywnych metod badania nerwów naczynioruchowych zwłaszcza w przypadkach t. zw. *acrocyanosis* i innych podobnych schorzeń. Obok badań kapilaroskopijnych badanie onkometrem może dużo wyświetlić w zakresie mechaniki powstawania zaburzeń naczynioruchowych w tego rodzaju schorzeniach.

Protokół XII posiedzenia z dnia 5 kwietnia 1933 roku wspólnie z Wileńskiem Tow. Oto-laryngologicznem.

Przewodniczący: Prof. Jakowicki przy współudziale Prof. Szmurły.

Demonstracje chorych.

Prof. Michejda demonstruje chorego lat 61, któremu w Klinice Chirurgicznej dokonano *amputatio interthoraco-scapularis* po stronie prawej spowodu mięsaka okolicy prawego barku. Jest to w klinice 6-ty przypadek podobnych zabiegów spowodu nowotworów złośliwych okolicy barkowej.

Dr. Śmigielski demonstruje przypadek *zaburzeń krążenia w systemie v. portae* (Laennec) u chorej lat 41. Obecnie leczy się w Szpitalu Kolejowym. Od kilkunastu lat równocześnie z objawami dyspeptycznemi i kolki wątrobowej powstało rozszerzenie żył obwodowych podskórnych, wyrównujące krążenie żylne do tego stopnia, że. pomijając nieznaczną niedomogę wątroby, chora czuje się względnie dobrze i nie ma objawów zastoinowych.

Prof. Szmurło demonstruje chorą, leczoną *promieniami Roentgena spowodu raka krtani.* Chociaż zmiany nowotworowe cofnęły się w zupełności, wystąpił jednak tak silny odczyn

i obrzęk tkanek, że musiano dokonać tracheotomji. Rozwinęła się dalej martwica tkanek miękkich i części chrząstek krtaniowych, co przedłużyło leczenie pooperacyjne do 6 tygodni. Obecnie rana goi się dobrze. Rozległe zmiany martwicze wystąpiły po naświetlaniach promieniami Roentgena.

Dr. Bloch demonstruje przypadek *wady rozwojowej (Ectromelia) noworodka oraz zdjęcia rentgenowskie rączek i tułowia.*

Dr. Lewande demonstruje chorą, którą pierwszy raz operował przed 3 laty spowodu *perlaka prawego ucha i ropnia podoponowego.* Dokonana wówczas *attico-antrotomia* z zachowaniem błony bębenkowej, w której był nieduży otwór w okolicy *membranae flaccidae,* dała dość szybkie wygojenie z bardzo nieznacznem obniżeniem słuchu. Przed 3 miesiącami dokonano ponownie operacji ucha prawego, gdyż przetoka za małżowiną prawą nie goiła się, wydzielając masy perlakowe ze śluzem i ropą. Dokonano tym razem operacji doszczętnej zachowawczej (z plastyką przewodu i zachowaniem błony). Znaleziono duży perlak. Obecnie ucho zagojone, słuch obniżył się nieznacznie: przed pierwszym zabiegiem szept 2 metry — obecnie jeden.

Podobny przypadek demonstruje dr. Rywkind: operacja doszczętna zachowawcza spowodu *perlaka ucha* dała zupełne wyleczenie i poprawę słuchu: szept 2 metry przed operacją, obecnie do 5 metrów.

Dr. Libo demonstruje przypadek *neuritis retrobulbaris* pochodzenia nosowego. Sprawa przewlekła; od 4 miesięcy chora widzi na oko prawe. Po usunięciu skrzywienia przegrody nosowej i ścięciu przerosłej muszli środkowej prawej, wzrok znacznie się poprawił. Ropnych zmian w komórkach sitowych nie było, jednakże usunięcie przerosłej muszli środkowej i polepszenie wentylacji komórek sitowych i zatoki klinowej daje w tych przypadkach dobre wyniki lecznicze.

Doc. Dylewski wygłosił referat o *fonologicznem leczeniu afazyj* stanowiący wyjątek z pracy przeznaczonej do druku. W uzupełnieniu referatu przedstawiony został przypadek afazji całkowitej *(aphasia totalis)* u chorego 53 lat, który uległ przed dwoma laty kilkakrotnemu atakowi apoplektycznemu. Wystąpiło całkowite porażenie prawostronne i utrata mowy. Chory przez miesiąc nie rozumiał co do niego mówią. Stopniowo rozumienie mowy wróciło, objawy porażenia połowiczego zupełnie ustąpiły, lecz mowa nie wróciła nawet po upływie półtora roku od chwili ataku apoplektycznego. W ciągu 4 miesięcy leczenia fonologicznego chory nauczył się czytać i pisać i jest już w stanie porozumiewać się samodzielnie zapomocą krótkich łatwiejszych zdań. W chwili obecnej chory znajduje się w początkowym okresie mowy samodzielnej i dalsza nauka mowy może być przeprowadzana przez samego chorego pod okresową kontrolą lekarza.

Dr. Świeżyński demonstruje chorego, który *nie wymawia liter „g" i „k"* w mowie potocznej (skierowany do leczenia fonologicznego).

Doc. Wąsowski wygłosił referat: *„Znakowanie gruźlicy krtani"* (do druku).

Dr. Mazurek wygłosił referat: *„O anginie Plaut Vincenta"* w Klinice Wileńskiej (przeznaczony do druku).

Sekretarz: *Doc. Dr. W. Zaleski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Dnia 20 października zmarł w Warszawie dr. Władysław Filipowicz, major-lekarz rez., ordynator Oddziału Chirurgicznego Szpitala Ewangelickiego.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

XV posiedzenie Wydz. Lek. Tow. Przyjaciół Nauk, odbyło się wspólnie z Pol. Tow. Pedjatrycznem 27 października 1933 r. w Poznaniu z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Dr. Eugenja Piasecka-Zeyland: Dysocjacja prątków gruźliczych.

Lekarskie zjazdy francuskie:

42 zjazd chirurgów odbył się dnia 9—14 października w Lyonie. Przewodniczył, inaugurując obrady magistralnem przemówieniem prof. Leriche.

33 zjazd urologów obradował w tym samym czasie w Paryżu pod przewodnictwem prof. Bernasconi'ego z Algeru. Głównym tematem obrad było leczenie przerostu stercza, wyjąwszy prostatektomję.

8 zjazd ginekologów i położników (5—7. X.) odbył się w Paryżu pod przewodnictwem prof. Couvelaire'a.

Sprawy zawodowe.

Monitor Polski Nr. 249 donosi, że 26. X. b. r. odbył się w Min. O. Sp. zjazd naczelników wojewódzkich wydziałów zdrowia, pracy i opieki społecznej. Głównym tematem obrad były sprawy zwalczania ostrych chorób zakaźnych oraz nadzoru nad lecznictwem Kas Chorych. P. Min. Hubicki udzielił zebranym instrukcyj w sprawie higjeny miasteczek i wsi.

Na otwarty list prof. Sauerbrucha ogłoszony w Nr. 39. b. r. *„Klinische Wochenschrift"* a wzywający lekarzy całego świata do udzielenia poparcia narodowosocjalistycznemu rządowi Niemiec odpowiedział zdecydowanie odmownie prof. Zygmunt Szymanowski w Warsz. Cz. Lek.

Alliance scientifique et médicale française. Pod nazwą tą powstało nowe zrzeszenie lekarzy francuskich, które postawiło sobie za cel okresowe zebranie rozprószonych po kraju kolegów. Na zebraniach tych ma się podnosić zasługi kolegów, wybijających się swą pracą naukową i zachęcać młodszych kolegów do badań naukowych. Założenie takiego towarzystwa wskazuje na stan niepokojący obecnych stosunków w instytutach naukowych francuskich, w których, jak to przed niedawnym czasem przedstawił Ch. Nicolle w mowie swej inauguracyjnej na katedrze w Collège de France, brak jest młodych sił naukowych.

Medycyna społeczna.

Działalność Instytucji Grancher była przedstawiona akademji medycyny w Paryżu na podstawie 30-letniego doświadczenia. Obecnie placówki rozsiane po całej Francji mają w swej opiece kilka tysięcy dzieci izolowanych z rodzin gruźliczych prątkujących. Dzieci przebywają w rodzinach zdrowych chłopskich do czasu ustania warunków do infekcji we własnym domu. Koszty pokrywa dobroczynność prywatna i w małej części subwencja państwowa. 0,3% z tych dzieci zapada na gruźlicę i 1‰ umiera.

Koleje północnej Francji wprowadziły ruchomą pracownię rentgenowską, która objeżdża okolice odległe od szpitali dla badania pracowników kolei. Pracownia mieści się w trzech wagonach i jest przeznaczona głównie do walki z gruźlicą. Inne koleje francuskie mają zaprowadzić podobne urządzenia.

Różne.

Grecja. Redakcja otrzymała list od byłego konsula polskiego w Atenach Z. Maciejowskiego *(Athènes, Boite postale 222)* zwracający uwagę na duże uznanie, jakiem cieszą się polskie przetwory farmaceutyczne w Grecji; przemysł polski nie pracuje jednak dostatecznie nad nawiązaniem stosunków z Grecją.

W Genewie odbyła się w dniach od 9 do 16 października Konferencja Międzynarodowej Komisji do Standaryzacji Materjału Sanitarnego. W konferencji brali udział przedstawiciele wojskowej służby zdrowia Francji, Szwajcarji, Belgji, Niemiec, Holandji, Anglji, Japonji, Italji, Rumunji, Hiszpanji i Polski, oraz wiceprzewodniczący Komitetu Międzynar. Czerwonego Krzyża. Polskę reprezentował płk. dr. J. Kawiński z Dep. Zdrowia M. S. Wojsk. Tematem obrad było: 1) zastosowanie przyrządów do podwieszania noszy na wszelkiego rodzaju środkach transportowych rekwirowanych, 2) materjał, z którego powinny być wyrabiane znaki tożsamości, 3) transport rannych i chorych zapomocą kolejek powietrznych i 4) wymiary noszy standaryzowanych. Jednocześnie odbyło się rozstrzygnięcie konkursu na opaskę hemostatyczną. Na konkurs zgłoszono 8 opasek. Uznano za najlepszą i odznaczono medalem bronzowym polską opaskę Singera.

Kryzys gospodarczy w Stanach Zjednoczonych ilustruje zamykanie szpitali. Ostatnio zwinięto wielki zakład dla dzieci i osesków należący do uniwersytetu w *Cleveland* (Ohio).

La Presse Méd. Nr. 59 zawiera opis kopalni rudy uranowej w Katandze (Kongo belgijskie). Eksploatacją trudni się towarzystwo prywatne z udziałem rządu. Obok rudy uranowej wydobywa się szereg innych rud. Surowiec przerabia się w Belgji. Produkcja radu z Katangi wynosi obecnie około 100 g rocznie, co pokrywa w zupełności zapotrzebowanie światowe. Eksport radu belgijskiego rozpoczął się w r. 1922 i wtedy cena radu obniżyła się o 50%.

W Nr. 70 *La Presse Med.* znajdujemy artykuł o zranieniach wywołanych przez rekiny, ciekawy ze względu na częste opowieści z tej dziedziny. Spostrzeżenia poczynione zwłaszcza w Australji dowodzą, że tylko niektóre rodzaje rekinów atakują człowieka i to wyjątkowo. W ostatnich 15 latach zebrano 50 pewnych przypadków. Zranienia są bardzo ciężkie i rozległe zadane zębami albo płetwami twardemi i ostremi. Na 33 przypadków dokładnie opisanych zmarło 24. Rekin potrafi przegryźć nawet kość udową. Częste są zakażenia tężcem i ropowice gazowe. Często konieczne jest odjęcie kończyny.

Komunikaty.

Ministerstwo Opieki Społecznej wydało następujący okólnik: W lipcu bieżącego roku ukazał się w druku Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na rok 1933/34, wydany przez Biuro Propagandy Medycyny Polskiej przy Naczelnej Izbie Lekarskiej. Rocznik ten zawiera: 1) urzędowy spis lekarzy i lekarzy-dentystów, 2) spis aptek, 3) spis władz i urzędów służby zdrowia państwowej i komunalnej, 4) spis szpitali, klinik uniwersyteckich i zakładów leczniczych wraz z obsadą lekarską, 5) spis towarzystw lekarskich, 6) najważniejsze ustawodawstwo sanitarne. W Roczniku Lekarskim zostały zatem zebrane wszelkie dane, dotyczące służby zdrowia państwowej i samorządowej. Ponieważ wydawnictwo to jest pożytecznem źródłem informacyjnem, Ministerstwo Opieki Społecznej zaleca, aby urzędy zdrowia publicznego zarówno państwowe, jak i samorządowe celem posiadania dokładnych informacyj z zakresu zdrowia publicznego nabyły wyżej wymieniony „Rocznik Lekarski", oraz o wydanie polecenia, aby „Rocznik" ten znajdował się w każdej aptece publicznej. Min. zaznacza, iż w r. b. urzędowy spis lekarzy wydany nie będzie.

Min. Opieki Społ. wydało nowy wzór formularza liczbowego szczepień ochronnych przeciwko ospie. Ma on uprościć statystykę szczepień i usunąć błędy w zestawieniach liczbowych popełnianych zwłaszcza odnośnie do dzieci pozostałych do szczepienia na rok następny.

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy przypomina, że termin nadsyłania prac na ogłoszony konkurs upływa z dniem 15 listopada b. r. Prace w 6 egzemplarzach pisma maszynowego, opatrzone godłem, z zapieczętowaną kopertą, w której podane jest nazwisko i adres autora, należy w oznaczonym terminie przesłać pod adresem prezesa Stowarzyszenia Lekarzy krynickich, Dra Ludwika Korybut-Daszkiewicza, Warszawa, Smolna 38 m. 1. Przypomina się również, że dnia 6. 7 i 8 stycznia 1934 r. odbędzie się w Krynicy V Zjazd lekarski, na którym przyrzekli wygłosić wykłady najwybitniejsi profesorowie, docenci i lekarze polscy. Głównemi tematami Zjazdu będą: 1) Leczenie schorzeń serca i nerek z uwzględnieniem leczenia zdrojowego. 2) Leczenie zachowacze przewlekłych zapaleń macicy i jej przydatków. Komitet zjazdowy w najbliższym czasie przystąpi do rozsyłania imiennych zaproszeń na Zjazd wraz z podaniem warunków udziału. O ileby ktoś z lekarzy takiego zaproszenia nie otrzymał, zechce się zgłosić pod adresem: Dr. Stanisław Lewicki, Generalny Sekretarz Zjazdu, Krynica, Dom „pod Trąbką". W czasie Zjazdu odbędzie się Wystawa środków leczniczych. w której przyrzekły wziąć udział najpoważniejsze polskie i zagraniczne (z wyłączeniem niemieckich) firmy przemysłu farmaceutycznego. Stowarzyszenie dąży jeszcze do tego, aby na wystawie reprezentowane były firmy wydawnicze lekarskie. Dla uprzyjemnienia pobytu członkom Zjazdu przygotowuje się pokazy sportowe i inne rozrywki zimowe, w które Krynica obfituje.

Tow. Lek. Wybrzeża Śródziemnomorskiego urządza 2 podróże w okresie świątecznym wzdłuż Riwjery od 26. XII. do 1. I. i od 31. XII. do 7. 1. Koszta 1000 fr. fr. mogą być spłacane w 5 ratach. Wpisowe 100 fr. Uczestnicy otrzymują miesięczną 50% zniżkę indywidualną kolejową. Szczegóły: *Secrétariat de la Société Médicale, 24 rue Verdi. Nice.*

VIII. Kongres Międzynar. Med. i Farm. Wojsk. w Bukareszcie, 1935 r. We wrześniu 1935 r. odbędzie się w Bukareszcie VIII. Kongres Międzynarodowy Med. i Farmacji Wojskowej. Porządek dzienny obrad Kongresu obejmuje następujące tematy: 1) Zasady organizacji i funkcjonowania służby zdrowia w wojnie górskiej. Referują: Rumunja — Italja. 2) Określanie przydatności do różnych specjalności, wymaganych w armjach: lądowej, morskiej i powietrznej. Referują: Rumunja — Francja. 3) Następstwa zranień brzucha. Referują: Rumunja — Stany Zjednoczone. 4) Badania, mające na celu ujednostajnienie metod analizy produktów żywnościowych i napojów przeznaczonych do racji żywnościowych żołnierza. Referują: Rumunja — Czechosłowacja. 5) Pomoc lekarska ustno-zębowa na froncie. Referują: Rumunja — Litwa. 6) Studjum porównawcze zakresu zadań służby administracyjno-sanitarnej w różnych armjach: lądowej, morskiej i powietrznej. Referują: Rumunja — Chili. Podobnie jak w latach ubiegłych pożądane jest opracowanie przez oficerów, lekarzy i aptekarzy komunikatów do referatów na podane tematy. Komunikaty powinny być zredagowane w języku francuskim, angielskim, włoskim lub hiszpańskim, nie mogą przekraczać 50 wierszy pisma maszynowego i powinny być nadesłane do Dep. Zdrowia M. S. Wojsk. w terminie do dn. 1 września 1934 r., skąd łącznie będą przekazane Komitetowi Organizacyjnemu VIII. Kongresu celem wydrukowania. Pożądane jest zgłaszanie komunikatów zarówno przez lekarzy i aptekarzy wojskowych służby czynnej jak i rezerwy. Autorzy, którzy wyrażą chęć opracowania komunikatów, zgłoszą wybrane przez siebie tematy do Dep. Zdrowia M. S. Wojsk. do dn. 1 stycznia 1934 r. Komitet Propagandy VIII. Kongresu będzie powołany we właściwym czasie, tymczasowo wszelka korespondencja w tej sprawie powinna być skierowana do Płk. Dr. J. Kawińskiego (Dep. Zdrowia M. S. Wojsk., Warszawa, ul. Nowowiejska 3/5).

Dowiadujemy się z pism codziennych, iż w tych dniach odbędzie się w Warszawie posiedzenie konstytuujące Polsk. Tow. Neurologicznego, którego powołanie do życia uchwalono na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. Na założycieli Towarzystwa powołani zostali delegaci z ważniejszych ośrodków neurologji polskiej: z Warszawy prof. Orzechowski, doc. Sterling, dr. St. Mozołowski i dr. Higier; ze Lwowa prof. Halban; z Wilna prof. Władyczko; z Krakowa porf. Pieńkowski; z Łodzi dr. Fraenkel i z Poznania prof. Borowiecki. Zarząd powyższy ma przystąpić m. in. do zorganizowania pierwszego zjazdu neurologów polskich, któryby się odbył na jesieni 1934 r. w Warszawie.

Od Redakcji.

XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu wybrał osobną komisję, która ma zająć się sprawą organizacji polskich bibljotek lekarskich. Komisja ta prosi Szanownych Czytelników o nadsyłanie swych uwag pod adresem: Biuro Propagandy Medycyny Polskiej przy Naczelnej Izbie Lekarskiej, Warszawa, ul. Fredry 2.

Redakcja otrzymuje drogą wymiany miesięcznik lekarski grecki p. t.: *„Jatrica Chronica"*. Kolegów, którzy zechcieliby referować to czasopismo, prosimy o porozumienie z Redakcją.

Redakcja otrzymała:

K. Dąbrowski i J. Gackowski: Leczenie gruźlicy płuc zapomocą jednoczesnej odmy sztucznej obustronnej. Odb. „Gruźlica". Nr. 6. R. VII. 1932 r.

Dr. Ludwik Krzewiński: Pierwsza pomoc w zatruciach gazami bojowemi. Bibljoteczka Higjeniczna. Zeszyt XIX. Książnica-Atlas. Lwów — Warszawa.

Dr. Michał Ćwirko - Godycki, doc. U. P. Zarys antropometrji. Podręcznik dla studentów medycyny, studjum wychowania fizycz. i nauk przyrodniczych oraz dla lekarzy szkolnych. Lwów 1933. Państw. Wydawnictwo Książek Szkolnych. Kurkowa 21.

Duran Arrom: Quinografia cardiaca en Clinica. Barcelona. 1933. Imp. Claraso.

Karol von Noorden: Czynnościowa patologja i leczenie cukrzycy w świetle nowoczesnych badań. Warszawa, Ars. Medici. 1933. str. 96.

E. L. Gautier: Urologja dla lekarza - praktyka. 67 rycin Wyd. II. Warszawa. Ars Medici. 1933. str. 153.

P. N. Dechamps: Elektrokardjografja kliniczna. Warszawa. Ars Medici. 1933. str. 219.

L. Baldenweck: Otorynolaryngologja dla lekarza-praktyka. Warszawa, Ars Medici. 1933, str. 227.